35

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1905 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 novembre 1905, à 1 heure

PAR

Denis BOUR

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX

LUXATIONS TRAUMATIQUES

ET NON TRAUMATIQUES

DU PREMIER MÉTACARPIEN

SUR LE TRAPÈZE

Président : M. BERGER, *Professeur.*

Juges : MM. CORNIL, *Professeur*
LE DENTU, *Professeur.*
VAQUEZ, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY	DUPRE	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.
BRINDEAU	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA André.	GUIART.	MARION.	THIROLOIX
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CLAUDE.	LABBÉ.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DEGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur DUGUET.
Monsieur le Professeur DEBOVE.
Monsieur le Docteur COMBY.
Monsieur le Professeur BERGER.
Monsieur le Docteur MICHAUX.
Monsieur le Docteur BLUM.
Monsieur le Docteur THIERY.
Monsieur le Docteur GOUGET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Professeur de clinique chirurgicale,
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Necker,
Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Les luxations des métacarpiens sur le carpe sont des accidents que l'on a rarement l'occasion de constater. Mais parmi elles, il en est une, la luxation du premier métacarpien sur le trapèze qui, sans être fréquente, ne constitue pas, cependant comme les autres, une véritable curiosité pathologique. La disposition des surfaces articulaires de l'articulation, les mouvements étendus dont elle jouit, expliquent cette fréquence relative.

C'est la constatation, dans le service du docteur Blum, de deux cas de luxation trapézo-métacarpienne qui a attiré notre attention sur ce sujet. Nous avons fait alors, dans les laboratoires de radiographie de l'hôpital Beaujon et de l'hôpital Lariboisière des recherches, qui nous ont permis de retrouver plusieurs cas de ces luxations. Nous avons, en outre, eu la bonne fortune de correspondre avec le docteur Wittek (de Graz) et de profiter

des intéressantes recherches qu'il a entreprises sur les luxations non traumatiques du premier métacarpien sur le trapèze, dont l'existence n'avait pas encore été signalée en France.

Nous avons pensé que nous avions là les éléments intéressants d'une étude sur les luxations traumatiques et non traumatiques du premier métacarpien sur le trapèze, qui pouvait faire le sujet de notre thèse.

Mais avant d'entreprendre ce travail, nous n'aurons garde d'oublier de nous acquitter d'un dette de reconnaissance. Qu'il nous soit permis de remercier, de la bienveillance paternelle qu'ils nous ont toujours témoignée, tous nos maîtres dans les hôpitaux : M. le Professeur Berger, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, et dont nous n'oublierons jamais les savants et précieux conseils prodigués avec sollicitude pendant l'année où nous avons été son externe ; M. le docteur Michaux, dont la bienveillance éclairée ne s'est jamais démentie à notre égard ; M. le docteur Blum, qui a bien voulu nous accueillir comme interne provisoire dans son service de l'hôpital Saint-Antoine et dont nous nous rappellerons toujours avec reconnaissance le précieux enseignement. Nous n'oublierons pas non plus les trop courts moments que nous avons passé auprès de MM. les docteurs Thiéry et Gouget.

MM. Krouchkoll et Vaillant ont bien voulu mettre à notre disposition les radiographies qu'ils possédaient, qu'ils reçoivent ici nos plus sincères remerciements.

Enfin, nous exprimons notre vive gratitude à M. le docteur Wittek pour la façon gracieuse dont il nous a fourni certains des éléments les plus intéressants de ce modeste travail.

HISTORIQUE

Les luxations du premier métacarpien sur le trapèze, malgré leur rareté, malgré aussi leur peu de gravité habituelle, ont donné lieu à un assez grand nombre de travaux. Pendant longtemps, cependant, leur description fut si vague et les observations rapportées si peu précises que Malgaigne en contestait la valeur et les prétendait « de pure imagination ».

Cela tenait, sans doute, à la conception qu'avaient les anciens anatomistes, qui assimilaient à une phalange, le premier métacarpien, et reconnaissaient trois phalanges au pouce, comme aux autres doigts.

Cependant, malgré le jugement de Malgaigne, il n'est pas douteux que l'on se soit occupé, avant Boyer, des luxations trapèzo-métacarpienne.

Sans remonter jusqu'à Celse, qui paraît y faire allusion, quand il dit que « les os de la main peuvent se luxer en avant, en arrière, mais non latéralement » ; sans invoquer A. Paré, qui semble en admettre quatre variétés, Laurent Verduc, si l'on tient compte de la conception sur la constitution du pouce que l'on avait à

son époque, les signale certainement quand il dit que « les trois phalanges du pouce peuvent se luxer, et que leur réduction est tantôt très difficile, tantôt très facile.

Du Verney les a, sans doute, lui aussi en vue, car il écrit que le pouce peut se luxer par ses deux extrémités.

J.-L. Petit, comme Ambroise Paré, décrit quatre variétés de luxation du premier métacarpien sur le trapèze, et les considère comme d'une réduction et surtout d'une contention difficile. Pour lui, « la luxation arrive plus aisément du côté de la flexion que du côté de l'extension, et les luxations latérales sont plus difficiles ».

Callisen les considère comme d'un pronostic sérieux. Il a vu, dit-il, cette variété de luxation devenir funeste, même après l'amputation du pouce qu'elle avait nécessité.

Boyer (1803) considère cette variété de luxation comme peu fréquente, il croit que « les efforts qui s'exercent sur le pouce produisent plus facilement la luxation de la première phalange que celle du métacarpien, mais cependant il publie un cas où le premier métacarpien se luxa en arrière : c'est là vraiment la première observation autenthique que l'on ait sur le sujet.

C'est ce qui faisait dire à Malgaigne « qu'on découvre peut-être quelque motion de cette luxation, dans les auteurs du XVII^e^ siècle, mais si vagues que l'imagination seule semble en avoir fait les frais ».

Polaillon est aussi sceptique que Malgaigne sur la véracité des observations antérieures à celle de Boyer, et c'est à cet auteur qu'il fait remonter la description exacte de cette variété de luxation. « Les mentions qui

en sont faites dans les auteurs qui l'ont précédé ne sont que des allusions, et aucune description, aucune observation n'en est donnée. »

Cependant Manne, en 1789, insistait nettement sur leur possibilité, et chez lui il n'y a pas lieu de croire à une confusion. Après avoir rappelé que les anciens anatomistes ne comptaient que quatre métacarpiens, celui du pouce étant assimilé à une phalange, il croit devoir dire qu'il se conforme à la manière de compter des modernes, et qu'il reconnaît l'existence de cinq métacarpiens. Quand il parle du premier os du métacarpe qui peut se luxer en devant, en arrière, en dedans et en dehors, il parle donc, sans aucun doute possible, de la luxation trapèzo-métacarpienne.

Bérard, en 1843, en rapporte une observation, bientôt suivie de celles de Michon, de Demarquay, de Bourguet.

Foucher et Gérin Rose ont l'occasion de disséquer sur le cadavre une luxation ancienne.

En 1864, Pellerin réunit dans sa thèse six observations qu'il a pu recueillir dans le service de Jarjavay.

Carayon, quatre ans plus tard, étudie de nouveau ces luxations, et en apporte deux nouvelles observations.

M. Blum, en 1882, partage l'avis de Malgaigne et de Polaillon, et pour lui l'histoire des luxations trapèzo-métacarpienne remonte à Boyer.

Girard, en 1884, étudie sur le cadavre leur mécanisme et rapporte quelques cas nouveaux, ainsi que Carette.

En 1894, M. le docteur Matignon publie dans la *Médecine Moderne*, l'observation d'un cas de luxation en dehors, variété qui n'avait pas encore été signalée,

et est assez heureux pour en pouvoir faire la vérification anatomique.

Plus récemment, Chancel rapporte, lui aussi, de nouvelles observations de luxation en dehors, et Arnal, tout dernièrement, a pu, pour deux cas de luxations récidivantes, signaler l'intervention sanglante, et la suture du métacarpien au trapèze.

Enfin, à l'étranger, on a signalé quelques observations de luxations non traumatiques, et le docteur Wittek (de Graz) a fait, en avril 1904, au Congrès de chirurgie de Berlin, une très intéressante communication sur ce sujet.

ANATOMIE

Ce qui caractérise l'articulation du premier métacarpien avec le trapèze, c'est, d'une part, son isolement complet des autres articulations carpo-métacarpiennes, et, d'autre part, la plus grande étendue de ses mouvements, favorisée par la forme *en selle* de l'articulation et la laxité de ses moyens d'union.

Surfaces articulaires. — *Du côté du premier métacarpien*, la surface articulaire revêt la forme d'un triangle aux angles émoussés. Elle regarde vers le dos de la main ; cette facette est d'ailleurs très étendue.

La *facette du trapèze*, beaucoup moindre, est, par contre, quadrilatère. Elle n'est pas dirigée franchement en avant, mais regarde en même temps en bas et en dehors.

Les deux surfaces ne concordent donc pas exactement comme direction générale ; mais il y a plus. Tandis que la facette du premier métacarpien est très notablement convexe dans le sens transversal, celle du trapèze lui oppose une moindre concavité. Dans le sens antéro-postérieur, au contraire, les courbes des deux facettes

s'épousent parfaitement : convexe pour le trapèze, concave pour le métacarpien.

Une couche de cartilage hyalin revêt les deux surfaces.

Moyens d'union. — Un ligament capsulaire entoure complètement l'articulation, et vient s'insérer au pourtour des surfaces articulaires. Cette capsule est remarquable par son ampleur et sa laxité, condition favorable à la grande mobilité du pouce.

Au premier abord elle semble, partout, d'égale épaisseur, cependant Morel et Mathias Duval l'ont vue plus épaisse sur les faces antérieure et postérieure que sur les parties latérales, et Testut signale sa plus grande épaisseur en arrière.

A la partie *antérieure* on voit pourtant un renforcement assez constant, fait de quelques fibres, qui de la face correspondante du métacarpien se portent sur le trapèze. Ces fibres se tendent dans l'extension du pouce, mais insuffisamment pour limiter ce mouvement.

A la partie *postérieure* rien de semblable. Mais aux confins de la face postérieure et de la face externe il existe un ligament postéro-externe, bien décrit par Poirier, et remarquable par sa longueur et sa résistance. On le voit en dehors des tendons extenseurs qui parfois le recouvrent en partie. S'attachant au tubercule médian du métacarpien, il se porte vers un tubercule médian assez saillant de la face postérieure du trapèze. Il se tend dans les mouvements d'opposition du pouce, qu'il a peut-être pour fonction de limiter.

La face *interne* de la capsule présente quelques fibres

de renforcement, mais peu nombreuses et peu résistantes.

La partie *externe* paraît encore plus faible, mais la capsule est, il est vrai, à ce niveau, protégée par le tendon du long abducteur du pouce dont le sépare seulement une petite bourse séreuse, qui communique quelquefois avec la synoviale articulaire.

Cette synoviale présente fort peu d'intérêt. Elle est toujours très lâche, comme la capsule fibreuse qu'elle double.

Rapports. — L'articulation est fortement matelassée en avant par les muscles de l'éminence thénar. En arrière et en dehors, elle est assez superficielle. C'est la région de la tabatière anatomique, limitée en dehors par le tendon du long abducteur que nous avons vu renforcer à la capsule articulaire ; en dedans, par les tendons du long extenseur et du court extenseur du pouce.

En dedans l'articulation trapèzo-métacarpienne répond au premier muscle interosseux dorsal et à l'artère radiale qui passe en traversant le premier espace interosseux de la face dorsale à la paume de la main.

Développement. — L'apparition des points d'ossification qui forment les extrémités osseuses en présence, se fait en général assez tard. Le noyau osseux du trapèze apparaît de la quatrième à la cinquième année ; le point secondaire du métacarpien qui va former son extrémité articulaire pour le trapèze se montre vers la septième année. C'est ce qui explique le moment d'apparition des luxations spontanées. De plus, par une exception remarquable, ce point complémentaire au lieu de se

montrer comme pour les autres métacarpiens au niveau de l'extrémité digitale, occupe ici l'extrémité carpienne, c'est ce qui a lieu pour les phalanges dont le point complémentaire apparaît au niveau de l'extrémité proximale, et l'on comprend ainsi la conception des anciens anatomistes qui ne reconnaissaient pas au pouce de métacarpien.

Mouvements. — Nous avons vu que la caractéristique de l'articulation trapézo-métacarpienne, par rapport aux autres articulations carpo-métacarpiennes, était son extrême mobilité.

Tandis que ces dernières jouissent de mouvements de latéralité peu étendus qui permettent un minime rapprochement de deux métacarpiens voisins, et en sont réduits à des mouvements de flexion et d'extension, le mode d'articulation du trapèze et du premier métacarpien permet à cet os de se porter en dedans (*adduction*) et en dehors (*abduction*).

Ce dernier mouvement qui agrandit l'espace interosseux est relativement moins étendu que l'autre, car à l'adduction préside un muscle puissant l'adducteur du pouce.

Le pouce peut encore se porter en avant (*flexion*) et en arrière (*extension*).

L'extension est plus étendue que la flexion, ce qui semble paradoxal, mais si on y regarde de près, on voit que le mouvement de flexion qui paraît d'abord plus considérable est rarement pur. Le plus souvent, il y a combinaison de l'adduction et de la flexion, ce qui constitue le mouvement d'opposition du pouce.

Bien isolée de l'adduction, la flexion est singulièrement limitée si l'on fixe le trapèze ; mais il se passe dans l'articulation scapho-trapézienne un mouvement additionnel qui la complète. On peut mettre ce fait en évidence, en suivant la technique que recommande M. le professeur Poirier pour l'étude des mouvements des articulations médio-carpiennes. En fixant des tiges perpendiculairement à la surface du trapèze et du scaphoïde, ce qui amplifie les mouvements, on rend évidents des déplacements qui passeraient inaperçus.

La succession des différents temps de flexion, extension, adduction et abduction, constitue la *circumduction*. Tous ces mouvements, d'après Fick, se passent autour de trois axes :

1° La flexion et l'extension, autour de l'axe de rotation ;

2° L'abduction et l'adduction autour d'un axe antéro-postérieur qui traverse la base du métacarpien ;

3° La rotation autour de l'axe longitudinal du métacarpien.

Il s'en suit qu'au point de vue de l'étendue des mouvements, l'articulation trapézo-métacarpienne est une véritable énarthrose.

ETIOLOGIE. MÉCANISME

Fréquence. — Ce que nous venons de voir, en indiquant la morphologie de l'articulation du premier métacarpien avec le trapèze, pourrait faire croire que la laxité de l'articulation, les mouvements étendus dont elle est le siège et son peu de protection contre les traumatismes extérieurs, en permettent facilement la luxation. Il n'en est rien, la luxation du premier métacarpien sur le trapèze est un accident rare.

C'est au moins l'avis de tous les auteurs qui ont écrit sur cette question, sauf cependant celui de Tillaux, qui, dans son traité d'anatomie topographique, écrit que « l'articulation par diarthrose du premier métacarpien avec le trapèze étant très lâche, les luxations de cet os sur le trapèze ne sont pas rares ».

Callisen aussi prétendait qu'elles sont plus fréquentes que les autres luxations du pouce. Cela n'est pas, tandis que les luxations du pouce sont un accident que l'on a, relativement souvent, l'occasion de constater, les luxations trapézo-métacarpienne ont été jusqu'ici peu fréquemment observées, et il n'en existe qu'une quarantaine

de cas publiés. Cependant un assez grand nombre de ces luxations doit passer inaperçu, et si l'on radiographiait systématiquement toutes les prétendues contusions du poignet, on aurait vraisemblablement plus souvent l'occasion d'en constater.

Elles sont, dans tous les cas, beaucoup moins rares que les autres luxations des métacarpiens sur le carpe ; car, en 1893, Orillard, dans une revue générale très documentée, n'avait pu réunir que onze observations de ces dernières.

Elles semblent aussi un peu moins fréquentes que les fractures de la base du premier métacarpien ; en consultant la collection des radiographies de l'hôpital Lariboisière nous avons trouvé, sur une cinquantaine de radiographies faites à l'occasion de traumatisme de la main, trois fractures, contre deux luxations, et encore sur ces deux cas, la fracture coexistait une fois.

Cependant, dans certains cas, on trouve une luxation là où on s'attendait à trouver une fracture.

Chez un vieillard de 72 ans, par exemple, dont l'observation est rapportée dans la thèse de Chancel (obs. III) la chute sur le pouce détermina la luxation et non la fracture, chez un de nos malades (obs. I) âgé de 60 ans, le traumatisme détermina la luxation, sans aucune trace de fracture.

Mais il est certain que ce ne sont là que des cas exceptionnels, et que le plus souvent, la luxation du premier métacarpien sur le trapèze est un accident de l'homme adulte.

Causes. — Les causes que produisent les luxations sont ou traumatiques ou non traumatiques.

Luxations traumatiques. — Le traumatisme que Chancel considérait comme la seule cause possible de ces luxations, agit d'une manière directe ou indirecte.

Dans les *luxations directes*, le traumatisme provoque le déplacement des surfaces articulaires, en chassant d'avant en arrière la tête du premier métacarpien. C'est ce qu'on observe dans les observations de Foucher (obs. XXXV), où la luxation résulta de l'éclatement d'un fusil, dans celle de Carayon où la main fut heurtée par un fourgon qui reculait (obs. XXII) dans celles de Pellerin où le choc fut causé directement par le manche d'un ciseau, d'un marteau ou par le bouton d'un chandelier. (Observ. XVIII XIX. XX).

Dans tous ces cas, c'est le choc d'un corps contondant qui fut la cause directe de la luxation. Dans d'autres observations (observations de Demarquay, Carayon, Girard, Malgaigne), le choc est bien encore reçu directement au niveau de l'articulation, mais il se produit dans une chute, la main venant buter, au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne, contre une pierre, le rebord d'une table, d'un trottoir (observ. X), etc. Il s'agit donc là encore de cause directe.

Les *luxations de cause indirecte* sont cependant de beaucoup les plus fréquentes.

Mécanisme. — Dans ces conditions, la luxation peut se produire de deux façons.

Ou bien le pouce est porté en flexion et en abduction ou bien il est mis en extension avec abduction forcée.

Dans le premier cas, « les surfaces articulaires du premier métacarpien et du trapèze s'écartent en arrière, la tête du métacarpien distend la capsule et remonte d'avant en arrière sur la face dorsale du trapèze » et la luxation est constituée.

Dans la seconde hypothèse « le mouvement d'extension et d'abduction forcée porte le pouce fortement en arrière, le ligament antérieur de l'articulation est arraché, et la force continuant à agir, le métacarpien est renversé sur le dos du trapèze ». (Nélaton).

Variétés de la luxation. — Le plus souvent les différents traumatismes, qu'ils soient directs ou indirects, entrainent une luxation en arrière : la tête du métacarpien repose sur la face postérieure du trapèze.

Pour Boyer, d'ailleurs « dans les arthrodies où les mouvements sont peu étendus et bornés à un léger glissement, les déplacements ne peuvent guère se faire que dans le sens même des mouvements possibles dans l'ordre naturel, ainsi dans les os du carpe et du tarse, le déplacement ne peut guère avoir lieu que de la face palmaire ou de la face plantaire vers le dos de la main ou du pied. »

Et de fait, on ne décrivait jusqu'ici aux luxations trapézo-métacarpienne que deux positions possibles, antérieure ou postérieure.

Luxations en avant. — Les luxations en avant étaient admises par Cooper, qui en décrit un cas où le pouce était renversé en arrière, dans l'impossibilité

d'effectuer le mouvement d'opposition, et dans lequel on voyait la tête du métacarpien faire saillie dans la paume de la main. Vidal de Cassis en a signalé lui aussi un cas, il s'agissait de luxation incomplète ; et Edmond Andess's semble aussi en avoir observé. En Allemagne, Kœnig mentionne cette forme, mais il la considère comme très rare. Le premier métacarpien, dit-il, fait saillie à la face palmaire de la main ; le pouce est rejeté en arrière et la réduction nécessite, après une puissante extension, la flexion du pouce vers le creux de la main.

Cependant, l'existence de ces luxations en avant est contestée par la plupart des auteurs, et peut-être est-elle impossible, parce que, comme le dit Chancel, « les muscles de la paume de la main forment en avant une barrière solide et aussi par suite de la disposition des surfaces articulaires qui dirigent en arrière la tête métacarpienne ».

Luxations en arrière. — En effet, le cas de beaucoup le plus fréquent est la luxation en arrière. C'est ce qu'on observe dans toutes les observations de luxation trapézo-métacarpienne par traumatisme direct, c'est aussi le cas des luxations par extension et abduction forcée.

Dans cette position, en effet, le métacarpien tendrait à se luxer en dedans. Mais « le mouvement d'abduction limité déjà par les muscles du premier espace interosseux ne peut être porté assez loin pour que le métacarpien abandonne la surface du trapèze ». Il vient en effet, buter contre le deuxième métacarpien, et si le

traumatisme continue à agir, sollicitée par la disposition des surfaces articulaires, la tête métacarpienne passe sur la face postérieure du trapèze.

Dans la flexion et l'adduction, le plus souvent aussi la luxation est une luxation postérieure.

Luxations en dehors. — Mais, dans certains cas, cependant plus rares il est vrai, la tête métacarpienne « après avoir distendu la capsule, se porte en dehors ». (Chancel.)

On avait nié longtemps l'existence de cette variété de luxation. « On comprend, disait Girard, que la luxation en dehors soit inconnue et peut-être impossible à cause de la présence du solide tendon du long adducteur » ; et A. Nélaton écrivait, « que la présence du deuxième métacarpien empêche les mouvements d'abduction forcée et partant la luxation en dehors ».

En 1894, M. le docteur Matignon, publie l'observation d'une malade qui s'était luxée, trente ans auparavant, l'articulation trapézo-métacarpienne. La tête du métacarpien faisait saillie au niveau du bord externe de la main, ce qui pouvait être facilement constaté par l'examen clinique. La vérification anatomique put être faite, la malade étant morte d'un cancer de l'estomac. « La tête du métacarpien reposait sur la face externe du trapèze, et une petite apophyse rugueuse empêchait totalement la tête du métacarpien de venir faire saillie sur la face postérieure du trapèze. » (Obs. II.)

Chancel, en 1904, dans sa thèse, rapporte lui aussi l'observation de quatre luxations en dehors, deux complètes, deux incomplètes ; Arnal en publie une incom-

plète recueillie par le docteur Iselin, et nous-même nous avons pu en observer deux cas, une complète et l'autre incomplète (Obs. I et V) avec vérification radiographique.

En Allemagne, enfin, cette luxation en dehors a été signalée par E. Albert, qui l'a observée deux fois chez des individus jeunes (Obs. VI).

La luxation en dehors n'est donc pas impossible. Comme les luxations en arrière, elle peut être complète et incomplète.

Luxations non traumatiques. — Luxation en arrière, luxation en dehors, complète ou incomplète, tels sont donc les différents types de luxations traumatiques que l'on peut observer au niveau de l'articulation du premier métacarpien avec le trapèze.

En dehors de ces luxations traumatiques, on ne connaissait pas de luxations possibles à ce niveau. Il peut cependant se produire, sans traumatisme, des luxations trapézo-métacarpienne.

Ces luxations non traumatiques, non décrites jusqu'à présent en France, ont été, à l'étranger, l'objet d'un certain nombre d'observations. Tout dernièrement, M. le docteur Vittek (de Graz) a fait sur ce sujet, au Congrès de chirurgie de Berlin (avril 1904), une très intéressante communication.

D'après lui, Friedrich (1) mentionne, dans *le Manuel de chirurgie pratique*, qu'il a observé, chez deux enfants de 11 et 13 ans, et chez un jeune homme de 23 ans, trois

(1) Friedrich. *Handbuch der prakt. chir.*, Bd. III.

cas de subluxation spontanée du premier métacarpien vers le dos et le côté externe de la main.

Heinecke (1) rapporte l'observation de deux frères, qui présentaient, ainsi d'ailleurs que leurs parents, des luxations spontanées multiples. L'un d'eux, outre une luxation spontanée de l'humérus, avait une luxation des deux articulations métacarpo-phalangienne du pouce. L'autre pouvait à volonté, et sans aucune douleur, luxer spontanément en arrière, sur le trapèze, le premier métacarpien, qui venait faire saillie à la face dorsale. La luxation était obtenue par la contraction du court abducteur, que l'on voyait contracté et tendu, et la réduction résultait de la contraction de l'adducteur du pouce.

Peut-être, comme le fait remarquer M. Wittek, la forme des surfaces articulaires aurait-elle pu fournir l'explication de ces luxations, mais le contrôle ne fut pas possible, faute de radiographies.

Ces déformations des extrémités articulaires, M. Wittek a pu les constater dans l'observation qu'il publie. (observ. XLIII) Il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans, qui présentait une double luxation incomplète du premier métacarpien sur le trapèze. La radiographie montra « des troubles de l'ossification de la base du premier métacarpien qui était incomplètement développée ; la disposition de l'épiphyse sur la diaphyse n'était pas normale et les régions dorsale et palmaire de l'épiphyse présentaient un accroissement inégal ».

(1) Heinecke. *Wien. klin. Wochenschrifft*, 1903, n° 52.

Comme Wilms l'avait fait avant lui, M. Wittek étudie, au moyen d'une sêrie d'épreuves radiographiques prises aux différents âges de la vie (4 ans, 6 ans, 8 ans, 9 ans, 11 ans, 16 ans), le développement de l'articulation trapèzo-métacarpienne. Il note la date d'apparition du point d'ossification du trapèze, celle du point épiphysaire du premier métacarpien ; il constate la forme que prend en se développant ce dernier noyau osseux, la manière dont-il se soude à la diaphyse ; et il fait la comparaison avec ce qu'il a observé chez sa malade.

Chez elle la base du métacarpien avait une forme anormale. La ligne diaphyso-épiphysaire encore visible n'était pas, sauf dans sa partie externe, comme elle aurait dû l'être, transversalement dirigée par rapport à l'axe du métacarpien, mais elle était coudée à angle droit,, et remontait parallèlement à l'axe longitudinal de l'os, si bien que l'épiphyse semblait obliquement soudée sur la diaphyse et que la base du métacarpien déformée en forme de crosse, ne pouvait plus correspondre à la surface articulaire du trapèze ce qui produisait la luxation.

Mais pourquoi cette disposition anormale ? « On ne peut pas admettre que l'épiphyse se soit obliquement soudée sur la diaphyse, car il n'existe de cela aucun exemple pour aucune autre articulation. « Il s'agit plus vraisemblablement, pour M. Wittek, d'une synostose précoce de la diaphyse et de l'épiphyse, qui a entraîné dans la partie où elle s'est faite un arrêt de développement ; mais là seulement, si bien que l'os continuant à

s'accroître par ailleurs, la base du métacarpien a pris une forme anormale, qui ne permet plus la correspondance exacte des extrémités articulaires, la laxité de la capsule favorisant d'ailleurs la production de la luxation.

Avec cette hypothèse, l'âge d'apparition (12 ans), les progrès croissants de la difformité et sa bilatéralité s'expliquent très bien.

Quant à la cause exacte de cette ossification précoce, il est difficile de la déterminer.

Peut-être faut-il invoquer pour l'expliquer, comme le fait Madelung pour les luxations spontanées du poignet en avant, une action musculaire anormale qui, par sa répétition, produit l'irritation du cartilage de conjugaison et des troubles dans son développement. « A cause de la situation des muscles au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce, il faudrait admettre une activité prépondérante du long et du court abducteur, et de l'opposant du pouce, ce qui est peut-être le cas pour les travaux de femmes. »

Ainsi donc, il peut exister au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne, comme au niveau des autres articulations, des troubles de croissance dans les extrémités osseuses en contact, qui font que les pièces osseuses ne se correspondent plus par des surfaces articulaires exactement adaptées. « C'est donc la disproportion des surfaces articulaires qui amène la luxation. » (Forgue et Maubrac.)

Cependant, dans certains cas de luxations spontanées,

on ne trouve pas de déformations osseuses qui permettent une explication, et on est alors amené, comme Malgaigne le voulait pour expliquer la luxation du poignet en avant, à incriminer le simple relâchement des ligaments. (Observ. XLIV).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les constatations anatomiques des lésions observées au cours des luxations du premier métacarpien sur le trapèze sont peu nombreuses. On ne possède sur ce point que les expériences de Girard, et les autopsies de luxations anciennes pratiquées par Foucher et Gérin-Roze, auxquelles il faut ajouter la dissection faite par M. Matignon.

Foucher ne parle pas de *l'état de capsule*, mais tous les autres auteurs étudient ces lésions. Dans les luxations complètes en arrière, que Girard put provoquer au cours de ses expériences, la capsule était déchirée à la partie antérieure et distendue seulement en arrière. Dans les luxations incomplètes, il n'observa pas la déchirure de la capsule ; « la partie antérieure ligamenteuse est intacte, constate-t-il, non tiraillée, seulement un peu tendue, et lorsqu'on veut exagérer le mouvement de rétropulsion du métacarpien en haut et en arrière, elle résiste et empêche la tête du métacarpien de se luxer davantage. »

Chez la malade de Gérin-Roze, « la capsule était in-

tacte, épaissie en quelques points, distendue et plus grande qu'à l'état normal, si bien qu'elle venait s'interposer entre les surfaces articulaires et s'opposait à la réduction ». Elle présentait de plus, à sa partie interne, un noyau cartilagineux contenu dans son épaisseur.

Ce sont à peu près les mêmes constatations que l'on retrouve dans l'observation de Matignon (observ. II)· Sauf le relâchement qui n'existait pas, on nota le même épaississement de la capsule et la présence de noyaux cartilagineux. « Les noyaux présentaient les caractères ordinaires des corps étrangers intra-articulaires ; recouverts de cartilage, ils présentaient des surfaces très lisses et très glissantes, et étaient appendus à la capsule fibreuse par une sorte de méso formé par la synoviale. Enfin, dans les interventions pratiquées à l'occasion de luxation trapézo-métacarpienne récidivante, on trouva deux fois la capsule intacte et seulement relâchée (observ. XLIII) et une fois la capsule déchirée à sa partie postérieure (observ. XLII).

Somme toute, distension de la capsule, telle est la lésion que l'on observe le plus souvent, et c'est ce qui explique la tendance très grande de ces luxations à la récidive.

Quant à la *situation du premier métacarpien* par rapport au trapèze, on trouve, suivant le degré et suivant la variété de la luxation, les différents types suivants. Ou le déplacement de la tête métacarpienne sur la face postérieure du trapèze est simplement amorcé, ou bien, on trouve « la tête de l'os répondant par son

extrémité supérieure à la face dorsale du trapèze » (Foucher), ou encore l'on peut voir la tête métacarpienne sur la face externe du trapèze (Matignon). Dans ce dernier cas, une petite apophyse située en arrière de la tête du métacarpien empêchait la saillie de celle-ci sur la face postérieure du trapèze.

Dans les observations de Foucher, il existait, en outre, des *adhérences* entre les deux os luxés, « si bien que les légers mouvements dont jouissait le pouce se passaient dans les articulations trapézo-trapézoïdienne et trapézo-scaphoïdienne. Il existait de même des brides fibreuses entre les surfaces articulaires dans l'autopsie que rapporte Gérin-Roze, et leur présence, jointe à la rétraction des muscles de l'éminence thénar, opposait un obstacle à la réduction.

Ces modifications, au niveau de la musculature de l'*éminence thénar*, sont aussi signalées dans l'observation de Foucher.

Enfin, Girard et Matignon, notent la *situation de l'artère radiale* par rapport à la tête métacarpienne.

Dans les luxations incomplètes, Girard a trouvé « l'artère radiale immédiatement en rapport par son bord externe avec la partie interne de la tête métacarpienne », et dans les luxations complètes, l'artère située à la partie interne de la tête luxée, n'était « ni soulevée, ni déplacée, ni comprimée ». Dans l'observation de M. Matignon, l'artère radiale contournait la saillie de la tête métacarpienne luxée, ou cheminait « dans une gouttière

profonde de plusieurs millimètres entre la face inférieure du trapèze et la partie externe du métacarpien déplacé ».

C'est ce qui explique qu'on n'ait jamais observé la blessure de cette artère.

SYMPTOMES

En général, l'existence de la luxation trapézo-métacarpienne est facilement reconnue.

Il s'agit d'un homme qui a reçu un coup au niveau de l'éminence thénar, ou qui a fait une chute la main étendue. Le choc a porté surtout au niveau du pouce, qui a été ainsi porté en flexion ou en extension exagérée.

Quelquefois le malade raconte qu'au moment de l'accident il a senti, ou même entendu un craquement qui s'est produit au niveau du poignet ; en même temps, il éprouvait une vive douleur qu'il localise assez bien au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne.

Mais l'un et l'autre de ces symptômes peuvent être plus ou moins accusés.

La sensation de craquement manque le plus souvent. Un seul de nos malades nous dit l'avoir ressentie (observ. X). La douleur est pour ainsi dire constante ; elle fait cependant quelquefois défaut, ou tout au moins est très atténuée, témoin ce malade de Pellerin, « qui n'avait pas ressenti de douleur assez vive pour l'empêcher de continuer son travail (observ. XVII). Mais cepen-

dant, dans la plupart des observations, on note la production, au moment de l'accident, d'une douleur assez violente, qui peut même dans certains cas entraîner la syncope (observ. IV).

En outre de ces symptômes qui surviennent en général immédiatement, le malade a vu survenir le plus souvent, au niveau de la partie externe du dos de la main, une saillie plus ou moins volumineuse, et il s'est aperçu que les mouvements de son pouce étaient douloureux et très limités.

A l'examen, le pouce a une attitude assez variable. Le plus souvent, lorsqu'il s'agit d'une luxation incomplète en arrière, le métacarpien et le pouce sont légèrement fléchis ; mais cela n'est pas constant, et dans les observations de Malgaigne et de Michon, on notait la rectitude. L'impotence fonctionnelle n'est que relative, les mouvements d'extension sont impossibles sans douleur.

Dans les luxations complètes en arrière, ou bien le pouce est incliné en dedans et en avant, ou bien il est droit sans aucune inclinaison.

Les mouvements de flexion et d'extension sont à peu près conservés, ceux d'extension et d'abduction sont très difficiles, et Malgaigne en donne la raison, car les premiers sont surtout l'œuvre des phalanges, et les seconds ne dépendent que du métacarpien.

Dans les luxations en dehors que nous avons observées (Obs. I et V), le pouce était étendu et légèrement incliné en dedans dans la luxation complète, étendu mais en abduction dans la luxation incomplète. Dans les

deux cas, les mouvements étaient très douloureux et presque impossibles.

Les autres symptômes que l'on peut constater sont plus ou moins marqués, suivant que l'examen du malade est pratiqué tout de suite ou quelque temps après l'accident.

En effet, le plus souvent, il survient un gonflement assez considérable qui vient masquer en partie les autres symptômes objectifs qui, seuls, doivent faire affirmer le diagnostic.

Cet œdème est plus ou moins important suivant les cas, mais il est bien rare qu'il fasse totalement défaut. Sa date d'apparition, sa durée, son intensité sont des plus variables. En général, il disparaît au bout de quelques jours soit spontanément, soit sous l'influence de la compression ouatée.

C'est seulement quand le gonflement a disparu, ou tout au moins a diminué, qu'on peut facilement se rendre compte de la déformation.

Celle-ci consiste en une saillie osseuse reconnaissable à l'inspection et à la palpation, et dont l'importance et la situation varient avec la variété et le degré de la luxation.

Dans les luxations incomplètes en arrière, on sent plutôt qu'on ne voit, sur le dos de la main à sa partie externe, le léger ressaut que fait la tête du premier métacarpien sur le trapèze.

Si la luxation est complète et postérieure, le métacarpien, complètement rejeté en arrière, fait sur le dos de la main une vive saillie. La tête du métacarpien occupe la

tabatière anatomique, qu'elle comble presque entièrement. Elle repousse en haut le tendon du long extenseur du pouce, et en dehors celui du long abducteur. Celui-ci est, en partie, masqué par la saillie de l'os « et ne se révèle au toucher que quand on fait contracter son muscle ». (Malgaigne.)

Dans les luxations en dehors, enfin, la tête métacarpienne fait une saillie plus ou moins prononcée sur le bord externe du poignet.

Dans tous les cas, on se rend bien compte que la saillie osseuse anormale est bien la tête du métacarpien luxé, car on peut facilement la mobiliser en imprimant des mouvements au pouce.

Si l'on vient à examiner l'éminence thénar, on est frappé de son aplatissement, qui est d'autant plus prononcé que le degré de luxation est plus avancé.

La palpation de la région permet de noter, à la partie inférieure, un enfoncement dans lequel pénètre le doigt. Cette dépression est limitée, du côté de l'avant-bras, par une saillie dure qui proémine à la face palmaire, et qui n'est autre chose que le trapèze abandonné par le métacarpien. Celui-ci, en effet, chevauchant par son extrémité supérieure sur la face postérieure du trapèze, est incliné de haut en bas et d'arrière en avant, c'est ce qui explique la dépression palmaire observée au niveau de l'éminence thénar, et le maximum de profondeur de cet enfoncement quand la luxation est complète.

Mais le véritable symptôme pathognomonique de cette luxation complète en arrière est le raccourcissement du pouce, qui est à peine appréciable dans les luxations

incomplètes en arrière, et ne s'observe en aucun cas de luxation en dehors.

Normalement, l'extrémité du pouce, atteint, sans tenir compte des différences individuelles, le milieu de la première phalange du second métacarpien ; dans le cas de luxation en arrière, elle peut arriver seulement au niveau de l'interligne articulaire du métacarpien et de la première phalange.

On peut encore se rendre compte de ce raccourcissement en mesurant la distance de l'apophyse styloïde à l'interligne métacarpo-phalangien, ou à l'extrémité du pouce, et en comparant le résultat obtenu du côté malade et du côté sain.

Ce raccourcissement est extrêmement variable ; dans une observation de Malgaigne, il était de 5 à 6 millimètres ; dans un cas de Foucher, il atteignait 15 à 16 millimètres, et la tête métacarpienne touchait presque l'apophyse styloïde.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est en général des plus faciles, et il n'offre vraiment quelque difficulté que quand le gonflement est assez intense pour ne pas permettre d'apercevoir la saillie que fait, sur le dos de la main, la tête du métacarpien déplacé.

C'est dans ces conditions qu'on peut quelquefois hésiter, et conclure par exemple à une simple contusion, ou à une entorse du poignet. Mais, dans ces cas, la disparition de l'œdème met fin à l'erreur en permettant de voir la déformation.

Quand celle-ci est très marquée, le diagnostic s'impose le plus souvent. Les commémoratifs, la douleur, le raccourcissement du pouce, et la facilité que l'on a de se rendre compte, en imprimant des mouvements au pouce, que la saillie osseuse fait bien partie du métacarpien, empêchent de se tromper. Mais, cependant, et cela dans le cas de luxation complète en arrière surtout, la fracture de l'extrémité supérieure du premier métacarpien peut donner lieu à des erreurs.

« Ces fractures sont rares. Décrites par Benett qui en a rassemblé 9 cas, elles se présentent toujours de la mê-

me façon. Un trait de cassure dirigé de haut en bas et d'arrière en avant, détache de l'os la moitié antérieure de sa surface trapézienne, et pénètre à une distance variable dans la diaphyse. Le fragment est porté dans l'éminence thénar, et le métacarpien semble subluxé en arrière. Mais ce n'est là qu'une apparence. En effet, à la mensuration, on ne constate aucun raccourcissement; il suffit, après avoir immobilisé la base du métacarpien, d'imprimer au pouce des mouvements d'extension pour obtenir une crépitation des plus nettes (1). » (Hoffa.)

Ainsi donc, même là encore, le diagnostic n'est pas difficile ; et d'ailleurs, par la seule palpation de la saillie osseuse, on pourrait se rendre compte, à cause de son irrégularité, qu'il s'agit bien d'un fragment osseux qui fait saillie.

Enfin, dans les cas où l'on hésite, et en particulier lorsque le gonflement masque le déplacement, et qu'on est tenté de conclure à une simple contusion du poignet, la radiographie viendra lever tous les doutes. Mais dans certains cas de luxations incomplètes, en arrière, la lecture de la radiographie n'est pas toujours concluante, et l'on pourra dans ces cas faire, comme le conseille M. le docteur Krouchkoll, une épreuve stéréoscopique (obs. X), qui montrera exactement le déplacement des extrémités osseuses.

(1) Rieffel. In Delbet et Le Dentu, t. II, p. 323.

PRONOSTIC

Tout le monde est d'accord sur le peu de gravité habituelle de la luxation trapézo-métacarpienne.

« La réduction est très facile, dit Tillaux, mais il est par contre difficile de la maintenir réduite. On voit le contraire pour la luxation du pouce, et il est curieux de constater que le premier métacarpien présente, à ses extrémités, deux types de luxation les plus opposés, l'une qu'on a grand peine à réduire, et l'autre à maintenir réduite. »

La réduction n'est pas seulement facile aussitôt après l'accident, on peut l'obtenir même longtemps après. Demarquay ne voit son malade que 50 jours après sa luxation, Pellerin 23 jours, Gosselin 40 jours, Boyer 8 mois après, et dans tous ces cas la réduction est obtenue avec la plus grande facilité.

Cependant Bourguet, chez un homme de 26 ans, présentant une luxation en arrière du premier métacarpien, ne put arriver à la réduction. « Celle-ci avait été tentée

le lendemain de l'accident, mais sans résultat; deux mois après, de nouveaux essais furent pratiqués, continués avec persévérance et variés de diverses manières, mais sans plus de succès, et le malade sortit de l'hôpital avec sa luxation. (Obs. XXXIV).

Mais ce cas est exceptionnel, et dans les autres observations de Girard, de Foucher, de Chancel, si la réduction n'a pas été obtenue, c'est qu'après une première tentative les malades ont préféré rester dans l'état où ils étaient.

Le gros ennui de cette variété de luxation, c'est la facilité avec laquelle elle se reproduit. Souvent, aussitôt que le doigt qui maintient la tête métacarpienne au contact du trapèze est enlevé, les deux surfaces articulaires quittent de nouveau leurs rapports. D'où la difficulté de la contention, et la nécessité d'appliquer un appareil.

Mais, même alors, l'appareil une fois enlevé, et tout étant rentré dans l'ordre, la récidive s'observe.

Témoin notre malade, qui était sorti guéri de l'hôpital, et qui a vu se reproduire sa luxation (Obs. I). Témoin le malade de Pellerin, qui avait présenté huit ans auparavant une première luxation, et qui, à la suite d'un coup porté à faux sur l'éminence thénar, a vu sa luxation se reproduire (Obs. XX).

Il est vrai, que, dans tous ces cas, il n'en résulte pour le malade qu'une gêne fonctionnelle somme toute très restreinte, et qui n'empêche pas le travail.

Dans le cas de Malgaigne, la luxation datait de vingt ans, l'extension et la flexion étaient bonnes, l'abduc-

tion et l'adduction gênées ; l'opposition était limitée, et la force de la main diminuée. Dans l'observation de Demarquay, la luxation datait de cinquante-six jours : les mouvements étaient douloureux, la flexion était possible, mais non l'extension. Dans l'observation de Foucher, la flexion et l'extension étaient conservées, l'abduction et l'adduction fort limitées. Chez notre malade, enfin, l'opposition était limitée, et la force de la main diminuée ; les mouvements provoquaient une légère douleur au niveau de l'articulation.

Somme toute, même quand la luxation n'a pas été réduite, ou quand elle s'est reproduite, le pronostic demeure encore assez bon. Il ne reste, le plus souvent, qu'une légère diminution de la force de la main, et une limitation dans les mouvements du pouce, mais jamais suffisante pour empêcher l'usage à peu près normal de la main.

TRAITEMENT

La réduction d'une luxation trapézo-métacarpienne s'obtient en combinant l'extension à une pression faite sur le pouce lui-même.

En général, cette manœuvre suffit, et il est exceptionnel qu'on ait à employer, comme l'a fait Demarquay, la pince à réduction ou, à plus forte raison, la manœuvre que conseille Malgaigne, et qui consiste à pousser le métacarpien avec un poinçon implanté sur la surface articulaire.

La réduction une fois obtenue, il suffit d'appliquer un appareil qui appuie sur le dos du métacarpien et le maintienne en bonne situation.

Mais quelle position faut-il donner au pouce? Les uns l'immobilisent dans l'adduction, les autres dans l'abduction ou dans une position intermédiaire. C'est l'abduction qui réunit le plus de suffrages.

La contention sera faite au moyen d'appareils les plus variés.

« Malgaigne et Nélaton emploient l'appareil de Boyer : une compresse-longuette, soutenue par une attelle, est placée sur l'extrémité postérieure de l'os réduit ; le tout est fixé par des tours d'une bande étroite partant de

l'extrémité du pouce et allant jusqu'au poignet (Blum). »

Jarjavay se sert de bandelettes de diachylon, qui viennent s'imbriquer au niveau de la tête métacarpienne luxée, et dont les chefs viennent se croiser autour de l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

Bérard employait une compresse pliée en plusieurs doubles, soutenue par un bandage dextriné.

Tous les appareils sont bons pourvu qu'ils soient bien supportés et qu'ils empêchent, en venant passer sur la tête métacarpienne ou en maintenant le pouce dans une position convenable, le déplacement du métacarpien.

Mais c'est à l'appareil plâtré qu'il faut donner la préférence. Il consiste en une demi-gouttière plâtrée, ouverte en dedans, allant du poignet au milieu de la face dorsale de la main, et laissant la paume à peu près libre.

Si on a eu soin de réduire la luxation et d'appuyer sur la tête métacarpienne pendant que le plâtre séchait, il est inutile d'employer « un petit morceau de liège taillé convenablement et appuyant sur la tête métacarpienne », comme l'a fait Guermonprez pour la malade dont Carette rapporte l'observation.

On laisse l'appareil douze à quinze jours en place, et l'on pratique ensuite des séances de massage et de mobilisation du pouce.

Mais lorsque ces moyens échouent et que la luxation se reproduit, on peut être autorisé à intervenir.

Pour Annequin, on pourrait, en raison du peu de profondeur de l'articulation, faire une incision et aller suturer directement la capsule.

Mais le plus souvent la capsulorraphie n'est pas suffisante pour permettre le maintien en bonne place des surfaces articulaires, et il vaut mieux, comme M. Wittek l'a fait, et comme Arnal le rapporte dans sa thèse, faire la suture osseuse, et après avivement des surfaces à mettre en contact, réunir par des fils d'argent le métacarpien au trapèze.

OBSERVATIONS

Luxations en dehors.

Observation I (personnelle)

Luxation complète du premier métacarpien en dehors.

M. S..., âgé de 60 ans, exerçant la profession de terrassier à Montreuil-sous-Bois, se rendait le 3 janvier 1905 à son travail, quand il fut renversé par une automobile qu'il n'avait pas entendu venir. La violence du choc fut très grande, et M. S... perdit immédiatement connaissance. On le releva, et la voiture qui avait causé l'accident le transporta aussitôt à l'hôpital Saint-Antoine, où il fut admis dans le service du docteur Blum, salle Velpeau.

Le malade, quand on le voit, se plaint de douleurs assez violentes, qui siègent, dit-il, dans tout le côté gauche, et particulièrement au niveau de la région lombaire ; au niveau de la main, du genou et du pied.

Le lendemain, quand on l'examine, on se rend compte facilement de la violence du traumatisme, car le blessé présente des lésions multiples.

Le genou gauche est déformé ; il est le siège d'un gonflement assez considérable, avec disparition des méplats juxta-rotuliens ; si l'on vient à rechercher le choc rotulien, on l'obtient facilement. La palpation méthodique au niveau des attaches ligamenteuses de l'articulation fémoro tibiale dénote

l'existence en dedans d'un point très douloureux, causé par l'arrachement du ligament latéral interne.

Le cou de pied présente des lésions analogues. Il est facile de se rendre compte de l'existence d'une entorse tibio-tarsienne (gonflement, douleur réveillée par la pression au niveau de l'interligne articulaire et points douloureux au niveau des insertions ligamenteuses).

La palpation de la région lombaire est douloureuse ainsi que celle de l'omoplate, mais on ne trouve aucune lésion.

La main gauche est le siège d'un gonflement assez prononcé du côté externe et de la face postérieure de l'organe.

Le pouce est étendu et légèrement incliné en dedans. Les mouvements spontanés du pouce sont très douloureux et très limités. Si la flexion et l'extension existent en partie, l'abduction et l'adduction sont impossibles.

Si l'on essaye de provoquer ces différents mouvements, on détermine une violente douleur, et dans tous les cas on n'obtient qu'un très léger déplacement.

Sur la partie externe du poignet, on peut voir une saillie assez volumineuse qui proémine en dehors, et délimite nettement la portion carpienne et la partie metacarpienne de la main.

A la palpation, il est facile de voir que cette saillie est formée par la tête du premier métacarpien, car elle est mobilisable par les mouvements que l'on imprime au pouce.

Si l'on contourne avec le doigt, en allant vers l'avant bras, la saillie osseuse, on tombe dans une excavation profonde d'un centimètre environ, dans laquelle la pulpe du doigt s'engage. Cette excavation est limitée en bas par la tête métacarpienne, et en haut par l'apophyse styloïde du radius.

L'éminence thénar est légèrement aplatie.

La mensuration du pouce, faite comparativement des deux côtés depuis l'apophyse styloïde du radius jusqu'à l'interligne articulaire de la première phalange et du premier métacarpien, ne dénote l'existence d'aucun raccourcissement.

En présence de ces symptômes, on conclut à l'existence d'une luxation du premier métacarpten sur le trapèze. La radiographie, faite le jour même, permet la confirmation de ce diagnoctic (Pl. I.). La tête du métacarpien a complètement abandonné le trapèze et fait une vive saillie en dehors. Il s'agit donc bien d'une luxation trapèzo-métacarpienne complète et en dehors.

La luxation est réduite par la traction et l'abduction du pouce, pendant qu'un aide fait de la contre-extension sur le poignet. La réduction nécessite un déploiement de force assez considérable, mais elle se fait en somme très facilement.

Un appareil est appliqué pour maintenir cette réduction. Il consiste en une demi-gouttière platrée qui remonte jusqu'au poignet, et maintient le pouce en abduction forcée.

Au bout de 10 jours, l'appareil est enlevé, la luxation semble bien réduite. On pratique quelques séances de massage, et le malade est envoyé à Vincennes le 21 janvier.

L'hydarthrose du genou et l'entorse tibio-tarsienne ont été soignées entre temps par la compression ouatée et le massage.

Le malade a pu être revu au mois d'octobre 1905. Il se plaint encore de douleurs au niveau de la jambe, qui présente le soir, dit-il, un léger œdème malléolaire ; la marche est encore un peu douloureuse, et entraîne très rapidement la fatigue.

La main présente, au niveau du bord externe du poignet, une saillie osseuse qui est la tête du métacarpien qui s'est déplacée de nouveau, lorsque le malade a voulu reprendre son travail ; les mouvements du pouce sont à peu près normaux ; la flexion et l'extension s'accomplissent avec presque autant d'amplitude que du côté droit, l'opposition seule est limitée ; le malade n'arrive pas à toucher avec son pouce le petit doigt.

Tous ces mouvements entraînent une légère douleur.

La force de la main malade est sensiblement diminuée.

Observation II

Matignon (*Médecine moderne* 1894, p. 107).

Luxation en dehors de l'articulation trapézo-métacarpienne.

Au mois de décembre 1891, entrait dans le service de M. le docteur Lande, à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, une malade âgée de 70 ans, atteinte de cancer de l'estomac. A première vue, notre attention fut attirée du côté de ses mains par une déformation que présentaient simultanément ces deux organes. Cette déformation ne pouvait être attribuée qu'à une luxation de l'articulation trapézo-métacarpienne, et le diagnostic en fut facile. La malade raconta que, trente ans auparavant, elle avait fait une chute dans un escalier. qu'elle était tombée le bras en avant, qu'en se relevant, elle s'était aperçue de la déformation actuelle, son attention ayant été attirée par une vive douleur, mais qu'elle ne s'en était pas autrement préoccupée, et qu'elle n'avait consulté aucun médecin.

Au bout de quelque temps, elle avait pu se servir de sa main, moins facilement cependant qu'avant l'accident.

L'examen de la région nous a donné les renseignements suivants :

Sur le bord externe de la main, à moins d'un centimètre au-dessous de l'apophyse styloïde du radius, on trouve une tumeur du volume d'une noix, tumeur dure, bosselée, irrégulière, roulant sous le doigt quand on imprime un mouvement du pouce, c'est la tête du métacarpien luxée.

Les tendons qui limitent la tabatière anatomique sont écartés par l'os qui passe entre eux, de sorte que la région ne présente plus cet aspect triangulaire caractéristique, mais une forme quadrilatère; au fond de la région, on ne sent point par

le palper le plan osseux qu'on y rencontre normalement, on sent la résistance d'une aponévrose tendue, qui empêche le doigt de pénétrer jusqu'au trapèze. Les mouvements articulaires sont très limités ; ceux de flexion et d'extension presque nuls, sans qu'il y ait une atrophie bien visible des muscles moteurs du métacarpien.

La malade étant morte à la fin de février 1892, de son affection de l'estomac, nous avons pu disséquer les deux articulations luxées et nous y avons trouvé des lésions intéressantes que nous allons signaler.

La peau étant enlevée, nous trouvons la veine céphalique du pouce, les filets du nerf radial occupant leur situation normale. Au-dessus d'eux, l'aponévrose superficielle très tendue et brillante, qui passe comme un pont entre les tendons de la tabatière anatomique, et qui est séparé de l'aponévrore profonde par un peloton adipeux assez volumineux.

La position de l'artère radiale est différente dans les deux mains ; tandis qu'à la main droite elle contourne la partie supérieure et postérieure de la tête du métacarpien, à la main gauche elle s'engage dans une gouttière profonde de plusieurs millimètres, existant entre la face inférieure du trapèze et la partie externe de la tête du métacarpien déplacée. Dans les deux cas, cette artère restait appliquée directement sur le plan osseux et sur l'appareil ligamenteux de l'articulation. Des deux côtés aussi elle donnait au pouce une collatérale qui contournait la saillie du métacarpien.

Le manchon fibreux péri-articulaire n'était point relâché, il était même épaissi en plusieurs points. L'articulation étant débarrassée des parties molles environnantes, on constatait qu'à chaque mouvement la capsule fibreuse était soulevée par de petits corps durs, mobiles sur le trapéze et sur le métacarpien. Après incision de la capsule, on voyait qu'il s'agissait de petits noyaux osseux.

Ces noyaux étaient au nombre de quatre à la main gauche et de cinq à la main droite. Ils présentaient les caractères ordi-

naires des corps étrangers intra-articulaires : recouverts de cartilage présentant des surfaces très lisses et très glissantes, ils étaient appendus à la capsule fibreuse par une sorte de méso formé par la synoviale ; le plus volumineux d'entre eux, aussi gros qu'un petit haricot, avait la forme d'une rotule et se conduisait, dans les mouvements de l'articulation, comme cet os dans les mouvements du genou ; les autres, situés du côté du trapèze, avaient une petite face articulaire pour cet os et une bien plus considérable pour s'accoler à la tête du métacarpien ; enfin, leur pédicule synovial était d'autant plus mince que le volume du corps était plus considérable.

La tête du métacarpien reposait sur la face externe du trapèze et en arrière d'elle, se trouvait sur les deux trapèzes, mais surtout à droite, une petite apophyse rugueuse empêchant totalement la tête du métacarpien de venir faire saillie sur la face postérieure du trapèze.

Observation III

M. le docteur Destot, de Lyon (In *thèse* Chancel).

Luxation trapézo-métacarpienne complète en dehors.

M. X..., âgé de 72 ans, habitant Lyon, est renversé par une voiture, le 25 juillet 1903. Dans sa chute, le pouce droit est porté en abduction forcée.

Le vieillard sent immédiatement une vive douleur sur le bord externe de la main et s'aperçoit qu'il ne peut plus imprimer à son pouce que des mouvements très limités. Il est transporté immédiatement à l'hôpital, et l'interne de garde constate que, contrairement à ce qu'il s'attendait à trouver chez un sujet aussi âgé, le métacarpien n'est pas fracturé, mais que

l'énorme saillie située sur le bord externe de la main est due à une luxation en dehors de la tête du métacarpien.

Le malade est radiographié, sa luxation facilement réduite, et grâce à un appareil contentif, il sort de l'hôpital complètement guéri, moins de trois semaines après l'accident.

Observation IV

Chancel (*Thèse*, 1904).

Luxation complète en dehors.

Mme L..., âgée de 60 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Cochin, le 24 octobre 1903. La malade ne voulant pas entrer à l'hôpital, voici les quelques notes qui purent être prises :

Elle n'accuse aucun antécédent ayant trait à quelque affection des os, et déclare qu'elle était en excellente santé au moment de son accident. Elle est tombée, dit-elle, seize jours auparavant, sur le pouce gauche, dont le mouvement d'extension a été violemment exagéré ; à ce moment, elle a perçu un craquement au niveau de son articulation trapézo-métacarpienne et a rencontré en ce même point une douleur excessivement vive, d'une telle intensité, qu'elle a eu une syncope. Les trois jours suivants, la souffrance persista, au point de l'empêcher de dormir ; actuellement, elle a notablement diminué. En même temps que la douleur, apparut de l'œdème sur toute la moitié externe du dos de la main. La malade se massa, l'œdème disparut au bout de quelques jours, et c'est alors seulement que, s'apercevant qu'elle avait une saillie sur le dos de la main, elle s'inquiéta et vint consulter un chirurgien.

Cette déformation, très nette à la vue, occupe le bord externe

de la main, au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne. Il est évident que la tête du premier métacarpien est déplacée en dehors.

La palpation confirme cette impression, car, en suivant avec le doigt le métacarpien, on acquiert la certitude que la saillie constatée fait corps avec lui et a nettement la forme de son extrémité supérieure. Immédiatement au-dessous, on trouve une dépression manifeste limitée en bas et en dedans par la face latérale du trapèze non déplacé. En avant, l'éminence thénar est aplatie.

Après avoir mesuré d'une façon très minutieuse du côté malade et du côté sain la distance comprise entre la saillie de l'articulation métacarpo phalangienne du pouce et l'apophyse styloïde du radius, on trouve une différence de quelques millimètres à peine.

Le pouce est en extension et légèrement en abduction ; les mouvements spontanés sont très limités et les mouvements provoqués, tant d'extension que de flexion, d'abduction que d'adduction, sont également moins étendus et rapidement douloureux si l'on veut en augmenter l'amplitude.

Les rayons X viennent confirmer le diagnostic clinique : la radiographie montre, en effet, que la tête métacarpienne a abandonné sa situation normale, qu'elle est projetée en dehors sans cependant avoir subi sur une face quelconque du trapèze un mouvement d'ascension marquée : nous sommes donc bien en présence d'une luxation trapézo-métacarpienne en dehors.

Une tentative de réduction fut essayée sans succès lorsque la malade vint consulter ; comme elle se plaignait beaucoup, il fut décidé qu'on ne recommencerait que lorsque la radiographie aurait apporté la preuve que la luxation ne se compliquait d'aucune fracture. Mais lorsque la radiographie eut été faite, on ne revit plus la blessée.

Nous avons pu, non sans beaucoup de recherches, revoir Mme L... Elle n'avait plus consulté de médecin et sa luxation existe toujours : la tête métacarpienne fait une saillie fort dis-

gracieuse sur le bord externe du poignet. Mme L... nous a déclaré qu'elle se souciait fort peu des considérations morphologiques que nous lui exposions pour la décider à une intervention et qu'ayant des mouvements, un peu limités certes, mais bien suffisants pour une main gauche, elle préférait le *statu quo* à une amélioration qui devait être nécessairement précédée d'une opération ».

Observation V (Personnelle).

Luxation incomplète du premier métacarpien en dehors.

M. P... Gaston, employé de commerce, âgé de 47 ans, se promenait à bicyclette, quand il est heurté par une automobile et renversé.

Il tombe les mains en avant, et la paume de la main gauche reçoit la presque totalité du choc. A ce moment il ressent une vive douleur au niveau de l'éminence thénar, et en se relevant il s'aperçoit que les mouvements d'opposition du pouce sont extrêmement limités.

Le lendemain, 2 avril 1905, il se présente à l'hôpital Saint-Antoine, où il est reçu dans le service de M. le docteur Blum, salle Dupuytren.

L'examen est à ce moment difficile, car le gonflement est assez considérable.

Le pouce est en légère abduction, les mouvements spontanés tant d'abduction et d'adduction, que de flexion et extension sont très douloureux, et très restreints; il en est de même des mouvements que l'on essaie de provoquer et qui réveillent une douleur assez violente.

La palpation, difficile à cause de l'œdème qui envahit la moitié externe du dos de la main, permet de constater un point

plus douloureux, à deux travers de doigt, au dessous de l'apophyse styloïde du radius.

La mensuration du pouce malade, comparée à celle du côté opposé, permet de constater qu'il n'existe aucun raccourcissement.

En présence de ces symptômes, en particulier du point douloureux assez bien limité, et malgré l'absence de crépitation, on pense à une fracture de la tête du premier métacarpien. Mais faute d'un diagnostic précis, on fait radiographier le blessé.

La radiographie (pl. II) montre qu'il n'existe pas trace de fracture, mais que la tête du premier métacarpien aquitté, en partie, ses rapports normaux avec le trapèze. Les surfaces articulaires ne se correspondent plus et la tête métacarpienne fait une légère saillie en dehors. Il s'agit donc d'une luxation trapézo-métacarpienne incomplète en dehors.

La réduction est très facilement obtenue, mais elle nécessite, pour être maintenue, l'emploi d'une planchette palmaire qui maintient le pouce en abduction.

Au bout de douze jours, l'appareil est enlevé, on pratique quelques séances de massage, et le malade sort guéri de l'hôpital le 26 avril 1905.

Il n'a pu être revu.

Observation VI

E. Albert. (*Traité de chirurgie clinique et de médecine opératoire*, traduction française, par M. Broca, 1893, t. II, p. 512.

Un jeune homme s'était fait une luxation trapézo-métacarpienne en luttant avec un ami pour essayer la force des mains. La base du métacarpien faisait en partie saillie en dehors ;

PLANCHE I

l'axe longitudinal de l'os était dirigé obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, de sorte que l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce faisait aussi saillie sur la face palmaire ; la réduction était très facile, mais la luxation se reproduisait aussitôt. On immobilisa le pouce en abduction dans un appareil silicaté et ce n'est qu'au bout de six semaines que la solidité de l'articulation redevint normale.

Observation VII

Chancel. (*Thèse citée*).

M. N..., manouvrier au service de la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée, âgée de 35 ans, se présente le 22 mars 1904, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du docteur Blum, pour un accident qui lui était arrivé la veille. En déchargeant un wagon, un sac très lourd qu'il reçoit sur la main droite porte son pouce en abduction exagérée. Il ressent immédiatement une vive douleur et perçoit un craquement dans son poignet. En même temps apparaît une saillie sur le dos de la main ; de plus, il ne peut remuer le pouce. A l'examen, nous constatons que les mouvements du pouce sont, non complètement abolis comme le dit le malade, mais très notablement diminués dans tous les sens. La saillie très volumineuse que l'on sent au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne est due à la tête du premier métacarpien. On en distingue nettement le relief. La région ne présente à la mensuration qu'un très minime raccourcissement.

L'examen radiographique montre nettement l'existence d'une luxation trapézo-métacarpienne incomplète ; la moitié externe de la surface articulaire du métacarpien déborde en dehors la surface articulaire correspondante du trapèze. Il n'existe aucune fracture.

Nous constatons en outre que les autres articulations du malade sont particulièrement lâches. ce qui nous semble une prédisposition très nette aux luxations.

La réduction est très facile, il suffit d'appuyer sur la saillie pour la faire disparaître, mais. dès que le doigt qui maintient à sa place la tête métacarpienne est enlevé, la saillie reparaît.

Un appareil plâtré est appliqué et le malade quitte l'hôpital.

Nous avons pu le revoir le 5 juin. Il est complètement guéri et a repris son travail.

Observation VIII

M. le docteur Destot (de Lyon) (in *Thèse* Chancel).

Luxation trapézo-métacarpienne incomplète en dehors, compliquée de la fracture de la partie interne de la tête métacarpienne.

M. P..., au cours d'une promenade aux environs de Lyon, fait une chute de bicyclette. En se relevant, il constate qu'il ne peut remuer son pouce gauche sans ressentir une vive douleur au niveau du poignet. De plus, une saillie très légère existe au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne. Son beau-frère, chirurgien des hôpitaux, qui l'accompagne, diagnostique une luxation incomplète du premier métacarpien sur le trapèze, la réduit et improvise un appareil pour l'empêcher de se reproduire.

Le lendemain, les douleurs persistant, le malade est radiographié et on s'aperçoit : 1° que sa luxation s'est reproduite ; 2° qu'elle est compliquée d'une fracture de la partie interne de la tête du cinquième métacarpien.

Une deuxième réduction aussi facile que la première est opérée, mais en présence de l'évidente difficulté de maintenir cette luxation réduite, on applique un appareil plâtré en forme de 8. Ce plâtre, bien que refait plusieurs fois parce qu'il était mal supporté, assure cependant au bout d'un mois une guérison complète.

Observation IX

M. le docteur Iselin (In *Thèse* Arnal. Paris, 1905).

Luxation externe incomplète droite.

M. R..., 48 ans, demeurant rue d'Alésia, se présente à la consultation de la Salpétrière en novembre 1904.

Chute le 10 octobre de sa hauteur. Il se reçoit sur la main droite, le pouce en abduction portant le premier; il le sent tourner et perçoit un craquement; gonflement, douleur ; le malade veut recommencer à travailler, mais cela lui est impossible.

L'inspection montre un gonflement au niveau de l'éminence thénar et la saillie de la tête métacarpienne. A la palpation, on trouve l'éminence thénar tendue à sa base ; son volume latéral est augmenté d'environ un centimètre. Au niveau de la tabatière anatomique, il existe une encoche, due à la saillie métacarpienne, haute d'un centimètre environ. Le métacarpien est dévié en arrière et en dehors, et a subi une rotation faisant que la pulpe du doigt regarde légèrement en dedans.

Pas de raccourcissement. Le tendon du long abducteur du pouce est soulevé par la saillie. Les mouvements sont gênés, surtout l'opposition qui, impossible avec les deux derniers doigts, est difficile avec les deux autres. L'abduction est très limitée. Le malade est atteint d'une anesthésie générale totale

(sensorielle et sensitive), hystéro-traumatisme d'après le professeur Raymond.

Radiographie. — Sur la radiographie on ne constate pas immédiatement la luxation. La base du métacarpien ne paraît pas faire une saillie plus grande que celle du côté opposé ; cependant, on est frappé par la différence d'aspect des deux métacarpiens, la base du métacarpien luxé apparaît deux fois plus épaisse que celle de l'autre et ceci s'explique par un mouvement de torsion du pouce, qui nous présente le métacarpien de profil, alors que du côté gauche nous le voyons de dos. Cette rotation est rendue manifeste par ce fait que les deux sésamoïdes sont visibles, alors que du côté sain on ne peut en voir qu'un.

L'examen radiographique accuse donc une luxation incomplète en arrière et en dehors, produite par la torsion du métacarpien.

On tente la réduction par traction et propulsion directe du métacarpien ; on n'obtient aucun résultat. On propose au malade l'arthrotomie, mais il refuse, s'en va, et depuis n'a pas été revu.

Luxations incomplètes en arrière.

Observation X (personnelle) (1).

M. R... (Camille), marchand de légumes à Aubervilliers, passait à bicyclette rue Pernelle, le 23 septembre 1905. Il côtoyait un tombereau chargé de gros moellons, quand une pierre se détacha, vint le frapper et le renversa. Dans sa chute, la paume de la main gauche vint heurter le rebord du trottoir.

(1) Malade signalé par M. le docteur Krouchkoll.

Aussitôt, il ressentit, au niveau du poignet, « une sorte de craquement », et il éprouva en même temps une violente douleur.

Quand il se releva, il ne pouvait plus effectuer aucun des différents mouvements du pouce. Le lendemain, il alla trouver un médecin, qui, en raison du gonflement considérable de la main, ne put se prononcer sur la lésion exacte que le malade présentait, et diagnostiqua une contusion du poignet et du pouce.

Compression ouatée. Massage.

Au bout de quelques jours, l'œdème avait disparu et on s'aperçut alors que le malade présentait, au niveau du dos de la main gauche, une saillie assez volumineuse, douloureuse à la pression, faisant corps avec le métacarpien, et on fit le diagnostic de luxation trapézo-métacarpienne. La réduction fut essayée, et on appliqua, pour la maintenir, une attelle palmaire et une attelle postérieure qui venait passer sur la saillie de la tête métacarpienne, le tout maintenu par plusieurs tours de bande.

Lorsqu'on enleva l'appareil, on s'aperçut que la tête métacarpienne était toujours déplacée ; le malade se refusa à une nouvelle tentative de réduction.

Au commencement d'octobre, il est radiographié par M. le docteur Krouchkoll.

La radiographie stéréoscopique confirma le diagnostic, en faisant voir que la tête métacarpienne avait en partie quitté ses rapports avec la surface articulaire du trapèze et faisait saillie en arrière.

Nous avons pu voir le malade le 28 octobre. Le pouce gauche est étendu, en légère abduction, aucun des mouvements de flexion, extension, abduction, adduction, n'est possible.

Sur le bord externe du dos de la main, on voit une saillie volumineuse qui suit les mouvements imprimés au pouce. Cette manœuvre est d'ailleurs très douloureuse. L'éminence thénar est aplatie.

La mensuration du pouce, depuis l'apophyse styloïde jusqu'au

niveau de l'interligne articulaire métacarpo phalangien du pouce, dénote l'existence d'un léger raccourcissement.

Le malade est actuellement traité par le massage.

Observation XI (résumée).

Boyer (*Chirurgie*, t. IV, p. 269).

Une Mme de P... se luxa le premier métacarpien en tombant sur le bord externe de la main. Dans la chute, le pouce avait été fortement incliné en dedans et en avant. La cause était donc indirecte. La luxation fut d'abord méconnue, et réduite seulement deux mois après.

Il s'agissait d'une luxation incomplète qui se reproduisait avec la plus grande facilité; aussi, faute d'avoir appliqué un appareil, la déformation réapparut. Nouvelle réduction six mois après, mais la luxation se reproduit toujours avec la plus grande facilité. La malade se refusa à porter un appareil, car elle était peu incommodée par cette maladie, et la luxation resta non réduite.

Observation XII (résumée).

Bérard (*Gazette des Hôpitaux*, 1845, p. 242).

Un homme, en donnant un coup de poing qui infléchit le pouce dans la paume de la main, a présenté une luxation en arrière du premier métacarpien sur le trapèze.

On réduisait la luxation et elle se reproduisait avec la plus grande facilité. Lorsque l'extrémité du métacarpien, étant déplacée, on venait à fléchir fortement le pouce, les tendons de la face dorsale pressant sur l'os la réduisaient. Pose d'un appareil. Au bout de quelques jours, le sujet est sorti guéri.

Observation XIII (résumée).

Malgaigne (*Revue médico-chirurgicale*, t. IV, 1848, p. 3).

Un homme de 20 ans tombe sur la main étendue, l'éminence thénar portant sur un corps dur qui pousse en arrière le premier métacarpien. La cause est directe, et il y a luxation incomplète. Réduction facile, maintenue par une attelle garnie qui appuie sur l'extrémité luxée du métacarpien, l'appareil est laissé vingt à vingt-cinq jours. Guérison complète.

Observation XIV (résumée).

Michon (*Bulletin de la Société de Chirurgie* 1848, t. I, p. 79).

Un élève du Lycée Louis-le Grand était tombé de telle sorte que la partie antérieure du premier métacarpien avait porté sur le rebord d'une table. Pas de gonflement. Saillie du trapèze à la face palmaire. Léger relief du métacarpien à la face dorsale, le métacarpien est porté en dedans du côté cubital.

Pouce en rectitude. Réduction très facile. Guérison complète.

Observation XV (résumée).

Demarquay (*Bulletin de la Société de Chirurgie* 1851, t. II, p. 110).

Un homme de 60 ans a la main projetée contre un corps dur et résistant. Cause directe. Douleur. Déformation de la main.

Au moment où l'on voit le malade, la luxation date de cinquante jours. Le métacarpien est porté en arrière et en dedans, il repose sur l'articulation du deuxième métacarpien et du trapézoïde, bien qu'une partie de sa surface articulaire soit encore en rapport avec le trapèze. Le trapèze fait une saillie très marquée à la face palmaire de la main. Tous les mouvements sont douloureux ; l'extension même impossible. Atrophie des muscles de l'éminence thénar. Réduction à l'aide de la pince à réduction. Guérison.

Observation XVI (résumée).

Pellerin (*Thèse*, Paris, 1864).

M. B..., 36 ans, mécanicien, a fait, le 28 avril, une chute sur la face dorsale de l'extrémité antérieure du premier métacarpien droit.

Au moment de l'accident, pas de craquement, mais vive douleur au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne.

Quand on le voit le 6 mai, la région est déformée, les mouvements actifs sont impossibles, les mouvements communiqués douloureux. Pas de gonflement. Existence d'une tumeur dure, saillante, que la pression fait disparaître, pour reparaître aussitôt que le doigt est retiré.

Réduction, maintenue par un appareil. Guérison.

Observation XVII (résumée.)

Pellerin. (*Thèse citée*).

M. R..., 33 ans, peintre en bâtiments, déchargeait une caisse, quand celle ci glissa et vint frapper la partie antérieure de la première phalange et du premier métacarpien.

PLANCHE II

Au moment de l'accident, pas de craquement, pas de douleur assez vive pour l'empêcher de continuer son travail.

11 heures après l'accident, apparition d'un gonflement considérable, et impossibilité de remuer le pouce.

A l'examen le pouce est dans l'extension, on voit au niveau de la tête de métacarpien une tumeur qui disparaît par la pression mais qui se reproduit aussitôt qu'elle cesse.

Réduction maintenue par des bandelettes de diachylon. Guérison.

Observation XVIII (résumée.)

Pellerin. (*Thèse citée*).

Claude H... ciseleur, en frappant le manche de son ciseau avec la face palmaire de la main droite se fait une luxation trapézo-métacarpienne.

Au moment de l'accident: craquement, douleur. Il est vu dans le service de M. Jayavay 23 jours après l'accident, le pouce est fléchi dans la paume de la matn. Mouvements actifs, surtout ceux d'extension, douloureux et très limités.

Tumeur dure, dans la tabatière anatomique, qui disparaît sous la pression du doigt pour réapparaître dès que le doigt est enlevé.

On essaie le maintien de la réduction en mettant le pouce en extension, cela n'est pas suffisant, et la luxation ne peut être maintenue réduite, qu'au moyen d'une boulette de charpie pressant sur l'extrémité luxée. Guérison en douze jours.

Observation XIX (résumée.)

Pellerin. (*Thèse citée*).

François C..., 38 ans, tapissier, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 11 janvier 1864. Dans un accès de colère, le 15 décembre dernier, saisissant un chandelier de la main droite, il tourne la bobèche en bas et le frappe violemment sur la table. La bougie étant restée, elle fit remonter le bouton qui repoussa directement en haut l'extrémité supérieure du premier métacarpien.

Pas de craquement. Vive douleur. Gonflement. Mouvements du doigt gênés. Saillie peu considérable de la tête métacarpienne. Réduction facile. Maintien par des bandelettes de diachylon. Guérison.

Observation XX (résumée).

Pellerin. (*Thèse citée*).

Jules L..., 32 ans, entre à l'hôpital, le 23 mai 1864, pour une luxation incomplète en arrière du premier métacarpien sur le trapèze. L'accident est arrivé à la suite d'un coup porté à faux avec un marteau de forge; l'extrémité du manche a appuyé sur la tête du métacarpien et l'a chassée en arrière. Huit ans auparavant le malade aurait eu déjà au même niveau une luxation : celle-ci ne serait donc qu'une récidive.

Réduction facile, maintenue avec des bandelettes de diachylon. Guérison durable.

Observation XXI (résumée).

(Gosselin. Clinique du 12 mars 1870).

Un jeune homme de 26 ans, décatisseur, fait une chute sur la face dorsale du premier métacarpien fortement fléchi. Quarante jours seulement après l'accident, le malade montre sa main à un médecin. Il existe un déplacement incomplet du premier métacarpien sur le trapèze. Réduction facile, mais reproduction. Guérison en quinze jours.

Observation XXII (résumée).

Carayon. *Thèse*, Paris, 1872.

Le 10 janvier 1871, Schable soldat au 3e tirailleur algérien, en cherchant à retenir un wagon qui reculait est frappé dans la paume de la main par l'angle postérieur du véhicule.

Sensation de craquement. Douleur très vive. La tête du premier métacarpien est luxée en arrière et de côté. Palpation douloureuse. Impotence fonctionnelle. Extension communiquée très douloureuse.

Réduction facile, maintenue à l'aide d'une compresse posée sur la tête du premier métacarpien et d'une attelle en bois, le tout fixé par quelques tours de bande. Guérison.

Observation XXIII (résumée).

Albert René. *Gazette des Hôpitaux*, 1882, p. 580.

Le nommé B..., 28 ans, clairon des pompiers de la caserne S.-H.. étant à la manœuvre, le 19 septembre 1880, tombe à la

renverse, les bras étendus en arrière. Le poids de son corps porta, pour la plus grande partie, sur le pouce de la main droite. Douleur immédiate. Saillie osseuse sur la face dorsale de la main. Impotence fonctionnelle. Le pouce, à l'examen, était légèrement fléchi. Il s'agissait d'une luxation incomplète en arrière, qui fut facilement réduite, et malgré l'indocilité du malade qui, au bout de huit jours, retira son appareil et fit, le jour même, des travaux de force, elle se maintint réduite.

Observation XXIV

Hamilton (*Traité des fractures et luxations*).

Traduct. Poinsot, 1884.

Peter Golden, âgé de 16 ans, eut le métacarpien du pouce luxé incomplètement en arrière par un coup qu'il reçut à la face postérieure de l'extrémité digitale de cet os. Deux médecins, qu'il consulta le jour même de l'accident et sept jours après, ne purent reconnaître le déplacement. Après avoir fait prendre une photographie de la main blessée, j'endormis le blessé et opérai facilement la réduction, que je maintins à l'aide d'une attelle de gutta percha, soigneusement matelassée et embrassant une partie de l'avant bras. Dans un dernier examen, que je fis au bout de six ou huit mois, je constatai que les mouvements de l'articulation carpo-métacarpienne étaient presque aussi libres qu'avant ; mais le métacarpien continuait à faire une légère saillie.

Observation XXV (résumée).

Girard (*Thèse*, Paris, 1885).

Charles C..., ébéniste, 32 ans, tomba, le 4 septembre 1884, et se blessa au pouce droit : l'éminence thénar avait violem-

ment heurté le coin d'un meuble. Vive douleur au moment de l'accident. Impotence fonctionnelle du pouce. A l'examen, le pouce est étendu sur le métacarpien et en opposition. Saillie au niveau de l'extrémité postéro externe de la deuxième rangée du carpe.

Aplatissement de l'éminence thénar.

Raccourcissement très léger du pouce.

Réduction facile. Appareil consistant en un petit tampon d'ouate, par-dessus lequel on applique une petite attelle plongée elle-même au milieu d'une masse de coton. Le malade quitte l'hôpital.

Observation XXVI (résumée).

Girard (*Thèse* citée).

Joseph P..., 26 ans, tanneur, avait été blessé par l'instrument, appelé toupie, qui lui avait fait une plaie du pouce intéressant l'articulation métacarpo-phalangienne. Il était entré à l'hôpital pour un phlegmon de la main et une arthrite consécutive à cette blessure.

Après guérison de ces accidents, on constate une luxation trapézo-métacarpienne se manifestant par une saillie notable de la tête du 1er métacarpien, en arrière du trapèze. La luxation datant de plusieurs mois, ne put être réduite à la première tentative et le malade refusa de se soumettre à tout nouvel appareil.

Observation XXVII (résumée).

Carette. *Thèse*, Paris, 1894.

M. Pierre G..., 49 ans, débardeur, voulait soulever un lourd fardeau au moyen d'un levier. Pendant la manœuvre, il est

surpris par un accident fortuit et pousse de sa main avec une violence brutale sur l'extrémité du levier. Aussitôt violente douleur. Pas de craquement. Le lendemain, 16 août 1890, il est examiné par M. le professeur Guermonprez. Déplacement en dehors et en arrière du métacarpien sur le trapèze. Impotence fonctionnelle. Réduction très facile, en mettant le pouce en extension et en abduction, mais reproduction immédiate. Appareil plâtré, avec cale de liège, qu'on est obligé de refaire, car il est mal supporté. Guérison au bout de six semaines.

Observation XXVIII

Hamilton (*loc. cit.*).

Luxation incomplète devenue complète.

Charles Flamignan, à l'âge de 27 ans, se luxa incomplètement le premier métacarpien en arrière en donnant un coup de poing. Il ne vit pas de chirurgien, et bien que l'os continuât à faire une saillie, et que l'articulation fût assez lâche pour que le blessé put réduire seul le déplacement, la gêne qui en résultait était minime. Au bout d'un certain temps, les mouvements étaient aussi libres que de l'autre côté.

Un mois, environ, avant de me consulter, le malade se tordit encore le pouce. Il était alors employé en qualité de machiniste et avait 53 ans. A ce moment, la luxation était complète, et le chevauchement mesurait 6 millimètres. Le pouce était à peu près droit, et son axe presque parallèle à celui des os de l'avant-bras, peut-être avec un léger degré de flexion. Je réduisis facilement le déplacement à l'aide d'une extension modérée et appliquai une attelle de gutta-percha. Mais je n'ai pas revu ce malade depuis, et je ne sais rien du résultat final.

Luxations complètes en arrière.

Observation (personnelle) (1).

M. C..., César, vitrier, âgé de 22 ans, tombe du haut d'un échafaudage de 14 mètres, le 10 septembre 1905. Le choc porte pour la plus grande partie sur la main droite. Douleur très vive au niveau de la main. Gonflement immédiat.

Il entre, le soir même de l'accident, à l'hôpital Beaujon, salle Marjolin, dans le service de M. le docteur Michaux, alors suppléé par M. le docteur Herbet.

Il est examiné le lendemain matin. Il se plaint de violentes douleurs au niveau de la région lombaire, on explore avec soin la colonne vertébrale : il n'existe pas de fracture.

La main présente un gonflement considérable ; les mouvements du pouce sont seulement limités, on conclut à une simple contusion de la main. Massage.

Le malade sort de l'hôpital le 17 septembre.

Les douleurs lombaires ont disparu, mais la main est toujours gonflée, et les mouvements du pouce, du médius et de l'annulaire sont douloureux.

Le malade se décide à voir de nouveau un médecin. Celui-ci diagnostique une « grosse contusion de la main droite, avec entorse des articulations carpo-métacarpienne, métacarpo-phalangienne du pouce, et des articulations phalango-phalanginienne du médius et de l'annulaire. »

La radiographie est faite, le 8 octobre, par M. le docteur Krouchkoll (pl. III). Elle montre l'existence d'une luxation trapézo métacarpienne du pouce droit : la tête du métacarpien est déplacée en arrière et en dehors.

(1) Malade signalé par M. le docteur Krouchkoll.

On tente la réduction, mais sans succès ; et on traite alors le malade par le massage.

Nous avons pu voir M. C... le 30 octobre. Le gonflement de la main a disparu, la saillie du métacarpien est évidente, elle comble la tabatière anatomique. Le pouce est fléchi et en demi-opposition.

Les mouvements sont très limités ; la flexion se fait assez bien encore, mais l'extension est impossible, l'opposition est impossible avec les deux derniers doigts.

La mensuration du pouce dénote l'existence d'un raccourcissement de 3 à 4 millimètres environ du côté malade.

Augmentation de volume des articulations phalango-phalanginienne du médius et de l'annulaire, mais les mouvements tant de flexion que d'extension au niveau de ces articulations sont cependant à peine limités.

Diminution notable de la force de la main. Le malade est actuellement traité par le massage et la mobilisation du pouce ; on lui a proposé une intervention chirurgicale, mais il s'y est refusé, préférant plutôt rester dans l'état où il se trouve que de courir les risques d'une opération.

Observation XXX (résumée).

Malgaigne (*Traité des fractures et des luxations*).

Un homme, en sautant un fossé, tombe sur le pouce de la main droite incliné en dedans. Luxation complète. Raccourcissement du pouce de 5 à 6 millimètres environ. Réduction. Guérison.

Observation XXXI (résumée).

Malgaigne (*Traité des fractures et des luxations*).

Gimelle se luxe complètement le métacarpien en faisant une chute dans laquelle le pouce avait été fortement renversé en arrière.

PLANCHE III

Il se réduisit immédiatement sa luxation sans difficulté, en tirant simplement sur le pouce, et un bandage roulé lui suffit pour la maintenir réduite.

Observation XXXII (résumée).

Malgaigne (*Traité des fractures et des luxations*).

Luxation complète datant de plus de vingt ans.

Les conséquences du déplacement non réduit ont été les suivantes : Extension et flexion satisfaisantes ; adduction et abduction très gênées. Le mouvement d'adduction augmentait la saillie de l'os à la face dorsale.

Force de la main diminuée. Pour serrer, pour presser, pour soulever un fardeau, le malade était obligé de recourir à son autre main.

Observation XXXIII (résumée).

Michon (*Bulletin de la société de chirurgie*, 1848, t. I, p. 2).

Un garçon boulanger eut la main prise sous un tonneau : le premier métacarpien supporta tout le choc. Le lendemain le malade est vu par M. Michon. Le pouce, au lieu d'être incliné et fléchi, était droit. Existence d'une tumeur au-dessus du trapèze, et, comme il n'y avait pas de gonflement, on sentait très bien la surface articulaire du métacarpien.

Raccourcissement du pouce de un centimètre.

Réduction facile, mais reproduction. Nouvelle réduction, celle-ci définitive, grâce à l'emploi d'un appareil convenable.

Observation XXXIV (résumée).

Bourguet (*Revue médico-chirurgicale*, 1853, t. XIV, p. 93).

L... Decanis, 26 ans, tonnelier, présente une luxation du premier métacarpien sur la face postérieure du trapèze, survenue, dit-il, deux mois auparavant, à la suite d'une chute dans laquelle le doigt aurait été fortement renversé en arrière.

Pouce légèrement fléchi sur la paume. Saillie à la face dorsale de la main de la tête métacarpienne qui touche presque à l'apophyse styloïde radiale. Aplatissement de l'éminence thénar. Impotence fonctionnelle.

Raccourcissement du pouce de 15 à 16 millimètres.

Réduction impossible le lendemain de l'accident. Au bout de deux mois, nouvel essai de réduction, mais tout aussi infructueux, et le malade sortit de l'hôpital avec sa luxation.

Observation XXXV (résumée).

Foucher (*Bull. de la Soc. d'Anat.*, 1856, 2e série, t. I).

Luxation complète, chez un individu de 50 ans, datant de vingt ans, et survenue à la suite de l'éclatement d'un fusil.

Le pouce est fléchi à angle droit dans son articulation métacarpo-phalangienne, et immobile dans cette position.

Autopsie, le malade étant mort d'une affection intercurrente. Muscles de l'éminence thénar rétractés et fibreux.

L'extrémité supérieure du métacarpien repose sur la face dorsale du trapèze, avec lequel elle est soudée.

Observation XXXVI (résumée).

Gérin-Roze (*Bull. de la Soc. d'Anat.*, 1858, t. III, 2e série).

Une femme de 55 ans présente une luxation complète en arrière de cause indirecte (chute sur le bord externe de la main). La luxation datait de plusieurs années.

La malade n'a pas consulté.

Saillie de 8 à 9 millimètres de la tête métacarpienne sur le dos de la main. Aplatissement de l'éminence thénar avec saillie du trapèze.

Raccourcissement du pouce peu considérable. Mouvements d'abduction et d'adduction très limités. Réduction facile, mais reproduction immédiate.

Le malade meurt de tuberculose.

Autopsie. — Déplacement complet du premier métacarpien sur le trapèze. Capsule intacte distendue, présentant à sa partie interne un noyau cartilagineux. L'articulation est enflammée, les extrémités osseuses infectées ont en partie perdu leur cartilage. Brides fibreuses entre les surfaces articulaires. Rétraction des muscles de l'éminence thénar. Toutes lésions rendant parfaitement compte de l'irréductibilité.

Observation XXXVII (résumée).

Pellerin (*Thèse* citée).

L..., Henri, marchant ambulant, 40 ans, entre à l'hôpital le 21 avril 1864, pour une chute sur le bord radial de la main faite il y a quinze jours. Au moment de l'accident, douleur

violente. Gonflement. Incapacité de travail depuis cette époque.

A l'examen, saillie osseuse occupant la tabatière anatomique. Eminence thénar aplatie.

Raccourcissement du pouce de 8 millimètres.

Extension impossible, les autres mouvements sont limités. Réduction et reproduction de la luxation des plus faciles. Pose d'un appareil ; le malade sort de l'hôpital avec son pansement, et n'a plus été revu.

Observation XXXVIII (résumée).

Carayon (*Thèse* citée).

Un soldat du nom de Michel avait fait une chute, le 17 août 1870, et sa main, étendue, avait porté sur une pierre d'assez gros volume.

Douleur très vive. A la partie postéro-externe de la région carpienne, existence d'une tumeur de la grosseur d'une noix. Aplatissement de l'éminence thénar. Impotence fonctionnelle. Raccourcissement du pouce.

Réduction. Application d'un appareil composé d'une compresse graduée placée au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne, puis d'une attelle de bois ; le tout maintenu avec des bandelettes de diachylon passées autour de la main et du poignet.

Guérison au bout d'un mois.

Observation XXXIX (résumée).

Salètes (*Archives de Médecine militaire*, 1885, t.VI, p. 436).

Dans une chute sur le paume des mains, la main droite du malade heurte le rebord d'une marche d'escalier. Douleur

vive. Mouvements de flexion ou d'extension impossibles. Gonflement.

A l'examen, raccourcissement du pouce ; impossibilité des mouvements dans l'articulation trapézo métacarpienne. Le pouce est en extension. La base du premier métacarpien fait une saillie considérable sur la face dorsale de la main. Réduction facile Application d'une planchette palmaire bien garnie et de tampons d'ouate appuyant sur l'articulation. Guérison.

Observation XL (résumée).

Trouillet (*Dauphiné Médical*, 1894, p. 133).

Le blessé reçoit, le 4 février 1893, un choc relativement peu violent sur l'extrémité du pouce fléchi de la main droite. Douleur immédiate très vive.

Saillie anormale du métacarpien sur le trapèze.

Mouvements impossibles. Raccourcissement du pouce.

Réduction facile. Maintien de la réduction au moyen d'un appareil qui fait pression sur l'extrémité métacarpienne luxée. Le pouce est maintenu en abduction. Au bout de huit jours, choc accidentel sur le doigt : reproduction de la luxation. Nouvelle réduction. Pose d'un appareil silicaté, laissé en place douze jours. Massage. Guérison.

Observation XLI (résumée).

Arnal (*Thèse* citée).

M. H..., 35 ans, sculpteur, il y a trois mois, en frappant sur un burin avec l'éminence thénar droite, ressent une violente douleur, et voit apparaître une saillie au niveau de la tabatière anatomique. Il est obligé de cesser son travail.

Réduction de la luxation. Application d'un appareil plâtré. Au bout d'une semaine, le malade, n'éprouvant plus qu'une gêne insignifiante, reprit ses travaux. Le jour même, et sous l'influence de la même cause, la lésion se reproduit. L'appareil plâtré ne suffit plus à maintenir la réduction, et le malade vient consulter à l'hôpital. Les mouvements sont possibles, mais limités. Saillie osseuse au niveau de la tabatière anatomique. Raccourcissement du pouce.

Réduction très facile, mais reproduction de la luxation par a simple pression de l'éminence thénar.

On propose au malade l'intervention chirurgicale. L'opération est faite le 26 novembre. Capsule intacte, mais très lâche. Suture après grattage des surfaces articulaires du premier métacarpien au trapèze. Guérison sans aucune limitation des mouvements.

Observation XLII (résumée).

Arnal (*Thèse* citée).

M. L..., 28 ans, sculpteur ; six mois auparavant, s'est luxé le premier métacarpien en frappant avec l'éminence thénar de la main droite sur un burin.

Douleur très vive au moment de l'accident.

Apparition d'une saillie sur le bord externe de la main. Un médecin réduit la luxation et applique un bandage contenant une attelle de bois, qu'il enlève au bout de dix jours. Quand le malade reprend son travail, la luxation se reproduit. Appareil plâtré qu'on laisse trois semaines. La guérison semble alors définitive, mais le malade reprend son travail et la luxation se reproduit.

On se décide alors à la suture trapézo-métacarpienne. On

trouve la capsule complètement détruite à la partie postérieure.

Guérison.

Luxations non traumatiques.

Observation XLIII

Double luxation incomplète du 1er métacarpien d'origine non-traumatique (Wittek).

Au printemps 1903, une jeune fille de 17 ans se présenta à la clinique chirurgicale de Graz.

Elle se plaignait de douleurs dans les deux pouces, et particulièrement dans le pouce gauche. Leur apparition datait de longtemps, mais comme elles avaient toujours été en augmentant, il en résultait actuellement une diminution de la capacité de travail. Les travaux de couture n'étaient plus possibles. En même temps que ces douleurs, la malade avait remarqué, en outre, une déformation de ses mains. Sur la partie latérale du pouce, il était apparue une saillie osseuse qui avait augmenté petit à petit. Cette saillie était bien certainement due au métacarpien qui s'était déplacé et était remonté en haut du côté de l'avant-bras, comme on s'en rendait compte par les mouvements de traction et de rétropulsion imprimés au pouce.

La douleur était apparue, d'après les souvenirs de la malade, vers l'âge de 12 ou 13 ans. Il existait des douleurs semblables chez les grands-parents et les parents, ainsi que chez des collatéraux.

Aucun traumatisme digne de ce nom n'aurait jamais existé.

A l'examen des mains, on est frappé de l'existence d'une saillie anormale au niveau de la région de l'articulation carpo-

métacarpienne du pouce. La saillie que fait ainsi la base du premier métacarpien au niveau du poignet est beaucoup plus marquée à gauche.

Le bord externe du premier métacarpien, au lieu d'être comme normalement oblique par rapport à l'axe de l'avant-bras, lui est parallèle.

La main paraît déformée. Le pouce semble raccourci. Son sommet, qui en dépit des variations personnelles atteint toujours le milieu de la première phalange de l'index, dépasse ici à peine d'un travers de doigt l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index.

La tabatière anatomique, limitée par les tendons du long extenseur, du court extenseur et du long abducteur du pouce, a presque disparu et est comblée en partie par la saillie que fait la tête métacarpienne. Le pouce paraît tordu sur son axe longitudinal dans le sens de la pronation.

Les muscles de l'éminence thénar ne sont pas atrophiés. Mais, par suite du déplacement du métacarpien, la région thénarienne est aplatie.

Lorsqu'on explore cette région, le doigt sent une légère saillie palmaire qui n'est autre chose que le trapèze.

Les mouvements, dans les articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes, ne sont pas limités, cependant l'abduction et l'adduction sont douloureuses, et un peu moins étendues que normalement. L'opposition du pouce entraîne de la douleur. Pendant que l'on fait exécuter ces différents mouvements, la saillie que fait la base du métacarpien est plus manifeste.

La force de la main est diminuée.

La luxation spontanée par contraction musculaire (comme dans le cas de Friedrich et de Heinecke) n'est pas possible. Pourtant la malade peut réduire elle-même sa luxation par la traction du pouce, mais aussitôt qu'on cesse la manœuvre, la luxation se reproduit.

La radiographie des deux mains est faite. On voit bien la si-

tuation anormale du premier métacarpien. Le changement de direction de l'axe longitudinal du métacarpien, que nous avons déjà mentionné, est surtout frappant.

Normalement, cet axe formeavec celui du deuxième métacarpien un angle de 25 degrés à sinus ouvert en avant ; le métacarpien converge vers le carpe ; ici l'angle est très réduit. Il est de zéro degré pour la main gauche, de sorte que les deux métacarpiens sont parallèles.

On constate aussi des anomalies dans la situation du trapèze par rapport au carpe. Normalement son ombre chevauche légèrement sur celle du scaphoïde. Ici l'os paraît s'être incliné vers l'avant-bras, et avoir basculé autour d'un axe antéro-postérieur, si bien que les ombres du scaphoïde et du trapèze forment entre elles un angle obtus, et que la limite de contact avec le deuxième métacarpien est réduite au minimum.

L'interligne articulaire de la deuxième rangée des os du carpe et du métacarpe, par suite du déplacement du trapèze, au lieu d'être à peu près transversal, est brisé en regard de l'articulation du trapèze et du trapézoïde, et se dirige brusquement vers l'avant-bras.

A gauche, la forme en selle des surfaces articulaires est conservée ; à droite, elle est moins nette et semble déformée par une surface articulaire nouvelle.

Le premier métacarpien montre dans sa structure, et en particulier au niveau de sa base, des modifications anormales.

Un regard de comparaison avec une main normale montre que chez notre malade à droite, la base du métacarpien est épaissie, et a pris la forme d'une crosse.

La base du métacarpien est aussi pathologique dans son ossification. Chez des individus de cet âge on voit encore la trace de la ligne de soudure de l'épiphyse et de la diaphyse. Normalement, elle se dirige comme la surface articulaire, et est par conséquent perpendiculaire au corps du métacarpien.

Chez notre malade, et elle a suivie en cela la direction des surfaces articulaires, elle est parallèle à l'axe du métacarpien.

Les deux os, trapèze et premier métacarpien, ne sont en rapport que sur une très petite étendue ; leur situation figure bien la subluxation de cette articulation.

En résumé, subluxation non traumatique, due à un développement anormal des surfaces articulaires, et en particulier de la base du premier métacarpien avec disposition anormale de l'épiphyse sur la diaphyse et accroissement inégal des parties dorsale et palmaire de l'épiphyse, le tout plus marqué à gauche.

Au point de vue du traitement, il fallait tout d'abord chercher à supprimer la luxation fatiguante et douloureuse du pouce de la main gauche, et à fixer le pouce en bonne position. Bardenheuer dans le traitement des luxations traumatiques a conseillé l'extension continue. Chez notre malade il n'y avait rien à attendre de ce procédé.

Je voulus tenter, en faisant une capsulorraphie une réduction en bonne place du métacarpien.

A cet effet, je fis une incision dans la tabatière anatomique qui découvrit la capsule articulaire. La capsule était très mince et très lâche. Il ne sembla pas qu'une capsulorraphie serait suffisante pour éviter les récidives, et je suturai par trois fils de bronze d'aluminium placés dans le périoste le trapèze au troisième métacarpien. Il fallut trois points pour arriver au résultat voulu.

La main fut, après fermeture de la plaie, étendue sur une attelle et attachée de façon à mettre le pouce en extrême abduction. Application d'un bandage qui fit directement pression sur l'articulation, et qui maintenait ainsi la position acquise

Pas de fièvre. Au septième jour, en changeant le pansement on put constater que deux des sutures avaient coupé. Un petit attouchement iodé fut fait chaque jour. Après trois semaines,

le pouce bien réduit demeurait alors fixé dans sa nouvelle situation, et pouvait se mouvoir dans les limites physiologiques.

La malade fut satisfaite du résultat si bien que neuf mois après l'opération, elle écrivit qu'elle travaillait parfaitement avec sa main gauche et venait de reprendre sans inconvénient sa profession de femme de chambre.

Elle ne se décida pas à l'opération à droite parce que la main la faisait moins souffrir. Cet état moins douloureux peut s'expliquer par la présence de la nouvelle surface articulaire que nous avons signalé sur la partie dorsale du trapèze, et qui assurait la stabilité du pouce.

Observation XLIV

Wittek (*Beitrage zur Klinischen Chirurg. Band* XLII, *3 Heft. Tübingen*, 1904, s. 602).

Un dominicain de 21 ans vint me trouver, parce que, depuis deux ans, il ressentait dans le pouce des douleurs qui, à l'occasion de tout travail avec la main, devenaient gênantes, si bien que l'action de prendre, de serrer, de traîner un objet, était douloureuse, ainsi d'ailleurs que le fait de se laver les mains, d'écrire, etc.

Ces douleurs siégeaient au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce. Cette même articulation était le siège d'une mobilité anormale. Dans l'abduction du pouce, le métacarpien se plaçait en légère subluxation ; dans l'abduction, dans la demi-opposition et dans l'extrême extension, la tête métacarpienne reprenait ses rapports normaux. Ces manœuvres étaient, d'ailleurs, chez le malade, l'occasion de douleurs.

La radiographie ne montra aucun changement dans la con-

formation des os. L'épiphyse était, comme normalement, implantée perpendiculairement à l'axe longitudinal du métacarpien, ainsi que le montra la ligne diaphyso-épiphysaire encore visible.

CONCLUSIONS

La luxation traumatique du premier métacarpien sur le trapèze est un accident que l'on a peu fréquemment l'occasion de constater ; nous n'avons pu en réunir que quarante-deux observations.

Le déplacement de la base du premier métacarpien se produit, le plus souvent, en arrière, sur la face dorsale du trapèze, mais cependant, la luxation en dehors n'est pas impossible et nous en avons observé deux cas.

Elle se traduit, au point de vue clinique, par une saillie osseuse, visible à la face dorsale de la main et mobilisable lorsqu'on imprime des mouvements au pouce. Lorsque la luxation est postérieure, il existe, en outre, un raccourcissement du pouce plus ou moins marqué, suivant le degré de la luxation. Tous ces symptômes sont, en général, très faciles à constater, sauf quand il existe un gonflement exagéré de la main.

Le pronostic de ces luxations n'est pas grave, la réduction étant très aisée ; cependant, la luxation se reproduit avec la plus grande facilité. Néanmoins, même dans

le cas de récidive, la fonction de la main n'est pas complètement compromise, mais seulement limitée.

Aussi a-t-on eu rarement l'occasion d'intervenir d'une façon sanglante et de faire la suture du premier métacarpien au trapèze, dans tous les cas préférable à la capsulorraphie.

Il existe, enfin, non seulement des luxations trapézo-métacarpienne, traumatiques, mais encore des luxations spontanées. Celles-ci, décrites à l'étranger, sont dues à des vices de développement de la base du premier métacarpien, dont la pathogénie est assez obscure.

Vu : Le Président de la Thèse,

Paul BERGER.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Albert. — *Traité de Chirurgie clinique et de Médecine opératoire.* Traduction franç. par A. Broca. Paris, 1893, t. II, p. 512.

Andrews (Ed.). — Encyclopédie internation. de chirurgie. Paris, 1885.

Annequin. — *Dauphiné médical*, 1894, p. 136.

Arnal. — *Thèse*, Paris, 1905.

Bardenheuer. — Die permanente extensions behandlung die subcutanen und complicirten fracturen und luxationen der extremitaten und ihre folgen. Stuggart. 1889, p. 582.

Béguin. — Nouveaux eléments de chirurgie et de médecine opératoire. Paris, 1838.

Bérard. — *Gazette des Hôpit.*, 1845, p. 242.

Blum (A.). — Chirurgie de la main. Paris, 1882, p. 27.

Bouilly. — *Manuel de path. ext.*, t. IV, p. 644. Paris, 1897.

Bourguet. — Obs. pour servir à l'histoire des luxations des doigts et de la main. *Revue Medico-Chirurg.* Paris, 1853, XIV, p. 94.

Boyer. — Leçons sur les maladies des os. Paris an XI.

Callisen. — Œuvres. Edit. de 1800.

Carayon. — Luxation trapézo-métacarpienne. *Th.*, Paris, 1872.

Carette. — *Th.*, Paris, 1894.

Cahier. — *Traité de Le Dentu-Delbet*, t. III, p. 215.

Cooper. — Traduction de Chassaignac et Richelot. Paris, 1857.

— *Dictionn. de Chirurgie pratique.*

Celse. — Traduct. de Charles des Etangs, livre VIII, p. 18.

Chancel. — Luxation trapézo-métacarpienne. *Thèse*, Paris, 1904.

Demarquay. — *Bulletin Soc. Chirurgie.* Paris, 1851-52, p. 171.

Follin et Duplay. — Pathologie ext. Paris, 1869.

Forgue et Maubrac. — Des luxations pathologiques. Leur pathogénie. Paris, 1886,

Foucher. — Diagn. des maladies chirurgicales, 66-69.

— *Bullet. de la Soc. anat.*, 2e série, 1856, t. I, p. 6.

Gérin-Rose. — *Bulletin Soc. anat.*, 2e série, juin 1858, t. III, p. 266.

Gillette. — Clinique chirurg. des hôpitaux de Paris, 1877, p. 38.

Girard. — La luxation en arrière du premier métacarpien sur le trapèze. *Th.*, Paris, 1884-85.

Gosselin. — Leçon clinique, 12 mars 1870.

Hamilton. — Traité pratique des fractures et luxations. Traduction Poinsot. Paris, 1884, p. 970.

Helferich. — *Atlas-Manuel des fractures et luxations.* Traduct. par P. Delbet. Paris, 1901, p. 296.

König (Frantz). — Traité de pathologie chirurg. spéciale. Traduct. de J.-R. Comte. Paris, 1888, t III.

Le Dentu. — *Nouveau dict. de méd. et chirurgie pratiques.* Art. main 1875, t. XXI, p. 507.

Matignon. — Médecine moderne, 1894, p. 107.

Malgaigne. — *Revue Médico-Chirurgicale*, 1848, p. 111.

— Traité des fractures et luxations, t. II, p. 722. Paris, 1855.

Manne. — Traité élémentaire des maladies des os. Toulouse, 1789.

Michon. — *Bulletin de la Soc. de Chirurgie.* Paris, 1848, t. I.

Nélaton. — Pathol. chirurg. Paris, 1874, t. II, p. 415.
Nélaton (Ch.). — Traité de chirurgie Duplay-Reclus, t. III, p. 127.
Orillard. — *Gaz. Hôpitaux*, 7 oct. 1893.
Pellerin. — *Th.*. Paris, 1864.
Poulet. — *Bulletin Soc. Chirurgie*. Paris, 1884, p. 902.
Petit (J.-L.). — Traité des maladies des os, 1772. Edition de 1837, chap. X, p. 78.
Perrin. — *Bulletin Soc. Chirurgie*. Paris, 1875, p. 414.
Polaillon. — Artic. main. *Dict. encyclopéd.*, 2e série, t. IV, p. 61.
René. — *Gaz. Hôpitaux*, 1882, p. 580.
Rivington. — *The Lancet*, 1873, t. II, p. 270.
Rose (W.). — Chir. anat., 2e édit. franç. Paris, 1872.
Salètes. — *Archives médic. milit.* 1885, t. VI, p. 436.
Tillaux. — Traité d'anat. topogr., 1897, p. 578.
— Chirurgie clinique. t. I, p. 647.
Trouillet. — *Dauphiné Médical*, 1884, p. 133.
Verduc (L.). — La manière de guérir par le moyen des bandages, les fractures et les luxations qui arrivent au corps humain, 1712.
Vigouroux. — *Soc. Anat.*, 1856.
Vidal de Cassis. — Traité de path. ext. Paris, 3e édition, t. II, p. 564.
Wittek (Arnold). — Doppelseitige subluxation des métacarpus I (nicht traumatischen Ursprungs). IIIe Kongress deutsch. Gesselsch. f. orthopadische chirurgie in Berlin, 5 avril 1904 (in *Beiträge zür klinischen chirurgie*. Tübingen, 1904, s. 589.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	7
Historique	10
Anatomie	14
Etiologie mécanisme	19
Luxations traumatiques	20
Luxations non traumatiques	24
Anatomie pathologique	30
Symptômes	34
Diagnostic	39
Pronostic	41
Traitement	44
Observations	47
Luxations en dehors	47
Luxations incomplètes en arrière	60
Luxations complètes en arrière	71
Luxations non traumatiques	79
Conclusions	85
Bibliographie	87

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)